

RAPPORTAGE ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR

1997

Deel 1 : Hoofdrapport

Opgesteld door: NIVEL, NZi en OSA



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1500 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1997

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

Augustus 1997

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1997

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

Augustus 1997

NIVEL

*T. Wiegiers
J. Harmsen
L. Hingstman*

NZi

*W. van der Windt
J. van der Bent*

OSA

*P.C. Allaart
M. de Voogd-Hamelink*

INHOUD

pag.

VERKLARING DER TEKENS	5
VOORWOORD	7
1. INLEIDING	9
2. ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt	11
2.3. Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse economie	12
2.3.1. Aantal banen en arbeidsvolume	12
2.3.2. Werkzame personen en arbeidsvolume naar een aantal kenmerken	13
2.4. Arbeidspotentieel en werkloosheid	15
2.5. Vacatures	18
2.6. Conclusies	19
3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	21
3.1. Inleiding	21
3.2. Algemene ontwikkelingen	21
3.2.1. Demografische ontwikkelingen	21
3.2.2. Sociaal culturele ontwikkelingen	25
3.2.3. Beleidsmatige ontwikkelingen	25
3.3. Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren	27
3.3.1. Ziekenhuiszorg	27
3.3.2. Geestelijke gezondheidszorg	27
3.3.3. Gehandicaptenzorg	27
3.3.4. Ouderenzorg	27
3.3.5. Thuiszorg	27
3.3.6. Apotheken	28
3.3.7. Ambulancehulpverlening	28
3.4. Gebruik van zorg naar beroepsgroep	29
3.4.1. Medische beroepen	29
3.4.2. Paramedische beroepen	30
3.4.3. Verplegende en verzorgende beroepen	31
4. WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR	33
4.1. Inleiding	33
4.2. Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen	33
4.3. Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de produktie	34
4.4. Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden	36
4.5. Mobiliteit binnen de zorgsector	38
4.6. De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid	40

Vervolg INHOUD

pag.

5. BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR	43
5.1. Inleiding	43
5.2. Medische beroepen	43
5.2.1. Aantal werkzame personen	43
5.2.2. Achtergrondkenmerken	43
5.2.3. Opleiding	45
5.2.4. Werkloosheid	45
5.3. Paramedische beroepen	46
5.3.1. Aantal werkzame personen	46
5.3.2. Achtergrondkenmerken	47
5.3.3. Opleiding	48
5.3.4. Werkloosheid	48
5.4. Verplegende en verzorgende beroepen	49
5.4.1. Aantal werkzame personen	49
5.4.2. Achtergrondkenmerken	50
5.4.3. Opleiding	51
5.4.4. Etniciteit	54
5.4.5. Werkloosheid	54
5.5. Assisterende beroepen	55
5.5.1. Aantal werkzame personen	55
5.5.2. Achtergrondkenmerken	55
5.5.3. Opleiding	56
5.5.4. Werkloosheid	56
5.6. Beroepen op grensvlak van zorg en welzijn	56
6. INFORMATIEVOORZIENING	59
6.1. Beroepen	59
6.2. Voorzieningen	60
6.3. Kanttekening externe dataleveranciers	61
6.4. Overleg met CBS	62
LITERATUUR EN BRONNEN	63
LIJST VAN AFKORTINGEN	69
BIJLAGEN	73

VERKLARING DER TEKENS

.	= gegevens ontbreken (tenzij anders aangeduid)
-	= nul
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
<	= minder dan, respectievelijk kleiner dan
>	= meer dan, respectievelijk groter dan
≤	= minder/kleiner dan of gelijk aan
≥	= meer/groter dan of gelijk aan
1992-1996	= 1992 tot en met 1996

VOORWOORD

De Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) is een jaarlijkse rapportage waarin de stand van zaken wordt weergegeven betreffende arbeidsmarktontwikkelingen binnen de zorgsector. De hier voor u liggende RAZ 1997 is totstandgekomen in een samenwerkingsverband van een drietal onderzoeksbureaus: het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg); het NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg en de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek).

Een rapportage als deze kan alleen worden opgesteld indien diverse instanties voldoende medewerking verlenen door het verstrekken van gegevens. De auteurs zijn alle dataleveranciers daarom zeer erkentelijk voor hun bijdrage.

Binnen het samenwerkingsverband had de OSA, naast een beperkte uitvoerende, vooral een coördinerende en begeleidende rol. Daarnaast is enkele malen overleg gevoerd met een begeleidingscommissie die als volgt was samengesteld:

- drs. J. Poorter (Ministerie van VWS)
- drs. J. Weiland (Ministerie van VWS)
- drs. J.J.G.M. van den Hoek (Nationale Raad voor de Volksgezondheid)
- dr. P.C. Allaart (OSA, voorzitter)
- mw. A.M. de Voogd-Hamelink (OSA, secretaris)

Het onderzoek is uitgevoerd door de volgende personen:

drs. T. Wieggers, drs. J. Harmsen en dr. L. Hingstman (NIVEL), drs. W. van der Windt en ir. J. van der Bent (NZi), dr. P.C. Allaart en mw. A.M. de Voogd-Hamelink (OSA).

Den Haag/Utrecht, augustus 1997.

1 INLEIDING

In de zorgsector zijn in het begin van de jaren negentig belangrijke ontwikkelingen in gang gezet die beogen de zelfregulering in de sector te verhogen en de overheid meer op afstand te plaatsen. Het arbeidsmarktbeleid wordt thans vooral vorm gegeven door de sociale partners, die daarvoor onder meer sectorfondsen hebben opgericht.

De overheid blijft echter verantwoordelijk voor het bevorderen van de volksgezondheid en is daardoor ook indirect betrokken bij de kwantitatieve en kwalitatieve inzet van arbeid in de zorgsector. Een goede informatievoorziening is daarvoor noodzakelijk. In dit kader wordt door het ministerie van VWS jaarlijks een Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) uitgebracht.

Parallel aan de RAZ wordt door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) jaarlijks een integrerend rapport uitgebracht in het kader van het door VWS gefinancierde Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector.

Beide rapporten zijn zo goed mogelijk op elkaar afgestemd. In de RAZ ligt de nadruk op de meest actuele cijfers en ontwikkelingen, waarbij veel subsectoren en beroepsgroepen worden onderscheiden. In het OSA-rapport staan resultaten van onderzoek centraal, waarbij in het algemeen van een hoger aggregatieniveau sprake is en de nadruk minder ligt op de actualiteit. Tevens wordt in dat rapport ingegaan op de betekenis die onderzoeksresultaten voor het beleid kunnen betekenen.

De RAZ bestaat uit twee delen. Het hier voorliggende deel 1 kan als het hoofdrapport worden beschouwd. Beschrijvenderwijs worden hierin de belangrijkste actuele ontwikkelingen weergegeven. In de tekst en in een bijlage zijn tabellen opgenomen die daarvoor relevant zijn. Hieronder bevinden zich ook enkele algemene overzichtstabellen betreffende de arbeidsmarkt in de zorgsector. In deze RAZ zijn voor het eerst een tweetal zo volledig mogelijke overzichtstabellen opgenomen (tabel 3 en tabel 4 in bijlage 1).

Het tweede deel is een tabellenrapport, dat afzonderlijk wordt gepubliceerd. Dit tabellenrapport bevat gedetailleerde cijfermatige informatie over de jaren 1992 t/m 1996 betreffende een groot aantal beroepsgroepen en subsectoren van de zorgsector. Er zijn dit jaar extra inspanningen verricht om aanbod en kenmerken van specialisten beter in beeld te brengen.

De zorgsector is moeilijk eenduidig af te bakenen, zeker indien gegevens uit diverse bronnen worden gepresenteerd. In de meeste gevallen volgt de RAZ indelingen die te vertalen zijn naar het Jaaroverzicht Zorg (JOZ). Soms wordt daarvan afgeweken, zoals bijvoorbeeld in hoofdstuk 2, waar de zorgsector ruimer wordt opgevat.

Bij het opstellen van de RAZ wordt ernaar gestreefd om inconsistente informatie over beroepsgroepen of sectoren uit verschillende bronnen zoveel mogelijk te beperken. Dit betekent tevens dat nieuwe informatiebronnen op dit punt worden getoetst. Als twee bronnen over hetzelfde onderwerp verschillende informatie geven, zal de bron waarvan de informatie als het minst adequaat wordt beoordeeld, doorgaans worden weggelaten. Een consequentie daarvan is dat niet altijd alle beschikbare gegevens in de RAZ worden opgenomen. Terwille van consistentie kan een selectie gewenst zijn.

Het karakter van de RAZ houdt in dat het een produkt is dat enerzijds een grote mate van continuïteit in de opgenomen gegevens wenselijk maakt en dat anderzijds wordt ingespeeld op actuele ontwikkelingen en beschikbaarheid van nieuwe gegevensbronnen. De opstellers zullen daarom waar mogelijk proberen verdere verbeteringen aan te brengen. Suggesties daartoe van lezers zijn eveneens welkom. De opstellers houden zich tevens aanbevolen voor het aangeven van mogelijkheden om informatielacunes op te vullen.

Dit hoofdrapport van de RAZ bevat de volgende hoofdstukken. Begonnen wordt met een schets van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, waarbij de zorgsector wordt vergeleken met de Nederlandse economie in het algemeen (hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de diverse deelsectoren en het gebruik van zorg naar beroepsgroep. In hoofdstuk 4 wordt op een gedetailleerder niveau dan in hoofdstuk 2 aandacht besteed aan ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorgsector, waarbij de nadruk ligt op de werknemers. In hoofdstuk 5 tenslotte vormen de beroepsgroepen in de zorgsector de belangrijkste invalshoek. Het gaat daarbij zowel om als zelfstandige als in loondienst uitgeoefende beroepen.

2 ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een algemene schets van actuele ontwikkelingen op de Nederlandse arbeidsmarkt en de positie van de zorgsector daarin. Begonnen wordt met de economische ontwikkeling, die in belangrijke mate bepalend is voor de arbeidsmarkt (2.2). Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkeling en de structuur van de werkgelegenheid (2.3). Het onbenutte arbeidspotentieel en de werkloosheid komen aan de orde in 2.4. Aan de vraagzijde van de markt bieden het aantal openstaande vacatures, alsmede enkele kenmerken daarvan, enig aanvullend inzicht in de arbeidsmarktsituatie in de zorgsector en de economie als geheel (2.5).

2.2 Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt

Het herstel van de Nederlandse economie dat in 1994 na een tijdelijke inzinking inzet, heeft zich onverminderd voortgezet. In 1996 zwakte de uitvoergroei weliswaar af, maar het groeitempo van de particuliere consumptie nam toe en dat van de investeringen bleef op een hoog niveau.

Voor 1997 en 1998 wordt een nog iets aantrekkende groei verwacht, die wordt gedragen door de export. Recente ramingen van het Centraal Planbureau laten voor beide jaren een groei van het nationaal inkomen zien van 3,5%.

De werkgelegenheid kan onder deze omstandigheden in een flink tempo toenemen. Het aantal werkzame personen groeit met ongeveer 2% ofwel 120.000 per jaar. Daarbij neemt de werkloze beroepsbevolking af met 40.000 per jaar. De overige 80.000 komen voort uit de toename van het arbeidsaanbod. Bij de ontwikkeling van de werkloosheid is vooral de gunstige positie van jongeren opvallend. Normaal is de werkloosheid onder jongeren hoger dan gemiddeld, omdat zij zoektijd nodig hebben voor hun eerste baan en ook daarna niet direct een stabiele arbeidsloopbaan hebben. Begin 1997 was echter de werkloosheid onder personen van jonger dan 25 jaar een fractie lager dan gemiddeld.

Als gekeken wordt naar het arbeidsvolume, dan is ook hier sprake van een forse toename met ongeveer 100.000 arbeidsjaren per jaar. Dit komt overeen met een groei van 1,5 à 2%.

De gunstige economische ontwikkeling weerspiegelt zich in de overheidsfinanciën. Het financieringstekort en de schuldquote van de collectieve sector dalen meer dan in het regeerakkoord was voorzien. Dit gaat gepaard met een vanaf 1994 voortdurende verlaging van de collectieve lastendruk.

De gunstige economische en financiële ontwikkeling heeft tot gevolg dat de zorgsector wat meer financiële ruimte krijgt dan in het regeerakkoord was voorzien. De groei van de werkgelegenheid kan daardoor eveneens iets hoger uitvallen.

2.3 Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse economie

2.3.1 Aantal banen en arbeidsvolume

Er zijn diverse bronnen betreffende de werkgelegenheid in de zorgsector, die niet altijd met elkaar sporen. De meest gedetailleerde gegevens kunnen worden ontleend aan de Gezondheidsstatistieken e.d. van het CBS, aan enquêtes en registratiegegevens van het NZi en aan diverse andere registraties. De meeste gegevens in de RAZ hebben hierop betrekking. Deze geven ook de beste aansluiting bij het Jaaroverzicht Zorg (JOZ).

Indien op een geaggregeerder niveau wordt gekeken en de zorgsector in het kader wordt geplaatst van de economie als geheel, zijn CBS-gegevens over arbeid en lonen het meest adequaat. Gezien het karakter van dit hoofdstuk worden daarom vooral de laatstgenoemde gegevens gebruikt, in tegenstelling tot de volgende hoofdstukken. Er wordt aangesloten bij de nieuwe Standaard Bedrijfsindeling (SBI 1993) van het CBS. Daarin wordt onderscheiden de sector N, die benoemd is als Gezondheids- en welzijnszorg. Daarbinnen kan weliswaar een vierdeling worden gemaakt, maar om verwarring te voorkomen wordt die in de RAZ grotendeels achterwege gelaten¹; er is namelijk geen directe koppeling mogelijk met de verdelingen die verder in de RAZ gebruikelijk zijn.

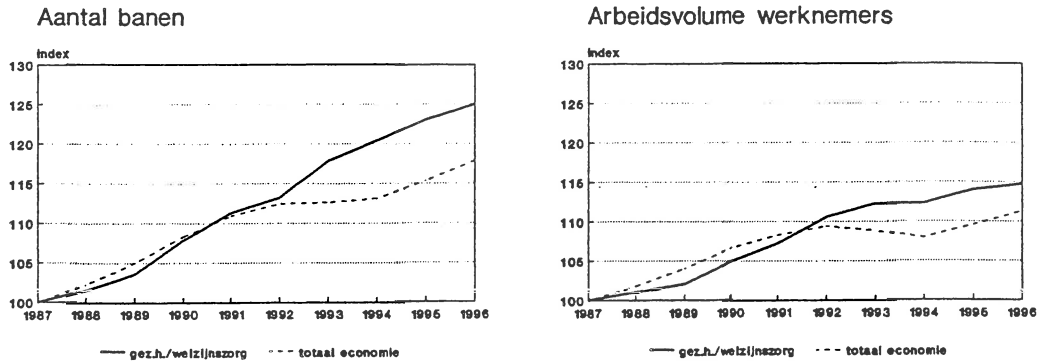
Volgens de Arbeidsrekeningen van het CBS bedroeg het aantal banen in de Gezondheids- en welzijnszorg in 1996 844.000. Omdat het voorkomt dat een persoon meer dan één baan heeft, was het aantal werkzame personen lager, namelijk 813.000. Deze cijfers betreffen het aantal werknemers, inclusief degenen die minder dan 12 uur per week werken en om die reden officieel niet tot de beroepsbevolking worden gerekend. Daarnaast waren er ongeveer 70.000 zelfstandigen in de sector werkzaam.

Van de Arbeidsrekeningen zijn reeksen beschikbaar vanaf 1987. Figuur 2.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van het aantal banen en het arbeidsvolume in arbeidsjaren voor de periode 1987-1996. Daarbij wordt de sector Gezondheids- en welzijnszorg vergeleken met de Nederlandse economie als geheel.

De ontwikkeling van het aantal banen wordt weergegeven in het linker gedeelte van figuur 2.1. Daaruit blijkt dat de toename van het aantal banen in de Gezondheids- en welzijnszorg van 1987 tot 1990 achterbleef bij het totaal van de Nederlandse economie. Van 1990 tot 1995 is de werkgelegenheid in de zorgsector relatief sterker gegroeid. Na 1995 blijft de banengroei weer achter bij het gemiddelde. In het algemeen kan worden geconstateerd dat op wat langere termijn gezien de werkgelegenheid in de Gezondheids- en welzijnszorg iets sneller groeit dan gemiddeld, maar dat in perioden van sterke economische groei er sprake is van een relatief achterblijven.

1 Een uitzondering hierop is tabel 1 in de bijlage, betreffende vacaturegegevens.

Figuur 2.1.: Ontwikkeling van het aantal banen en het arbeidsvolume van werknemers in de Gezondheids- en welzijnssector (SBI N) en de Nederlandse economie (totaal), 1987=100

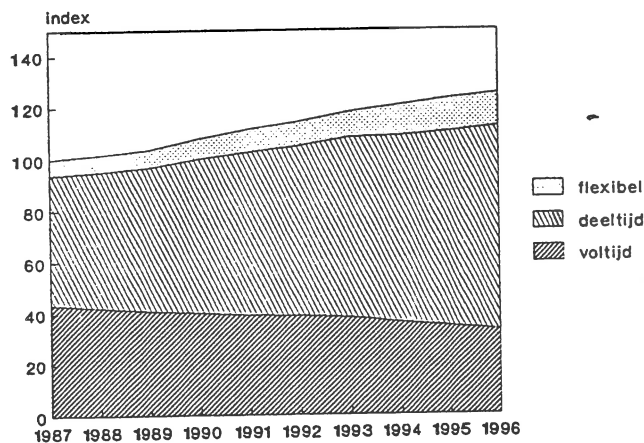


Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Een vergelijking tussen beide delen van figuur 2.1 leert dat het aantal banen veel sterker is toegenomen dan het arbeidsvolume. Vanwege de toegenomen betekenis van deeltijdarbeid bedroeg het verschil in groeitempo in de Gezondheids- en welzijnszorg bijna een procent-punt per jaar. Voor de Nederlandse economie als geheel was dat maar de helft. In de zorg- en welzijnssector was in 1996 het aandeel van normale voltijdse banen in het totaal aantal banen gedaald tot ruim een kwart. In 1987 was dat nog 43%. In figuur 2.2 is de ontwikkeling 1987-1996 in beeld gebracht.

Figuur 2.2.: Groei en samenstelling van het aantal banen in de Gezondheids- en welzijnszorg, 1987-1996

Totaal aantal banen



Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

2.3.2 Werkzame personen en arbeidsvolume naar een aantal kenmerken

In de vorige paragraaf stond de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de Gezondheids- en welzijnszorg centraal. In deze paragraaf wordt gekeken naar de samenstelling van zowel de werkzame beroepsbevolking als het arbeidsvolume. De werkzame beroepsbevolking betreft alleen personen die tenminste 12 uur per week werken. In het

arbeidsvolume zijn ook de banen van minder dan 12 uur per week meegenomen, maar die hebben uiteraard maar een geringe invloed op de totale hoeveelheid werk.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de samenstelling van de werkzame beroepsbevolking naar geslacht, leeftijd en opleiding. Tabel 2.2 op de volgende pagina onderscheidt het arbeidsvolume naar een aantal kenmerken.

Tabel 2.1.: Samenstelling van de werkzame personen in de Gezondheids- en welzijnszorg (zorgsector) en in de Nederlandse economie (totaal), naar geslacht, leeftijd en opleiding in 1996

	Zorgsector	Totaal
	%	%
Totaal	100	100
Geslacht		
Mannen	23	63
Vrouwen	77	37
Leeftijd		
15-24 jaar	10	13
25-44 jaar	64	59
45-64 jaar	26	28
Opleiding		
Basisonderwijs	4	8
MAVO/LBO	12	21
HAVO/MVO/MBO	50	45
HBO	23	18
WO	11	8

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking, 1996.

Het belangrijkste afwijkende kenmerk van de zorgsector is het grote aandeel vrouwen. Bestaat de werkzame beroepsbevolking in totaal voor 37% uit vrouwen, in de zorgsector is dat 77%.

Naar leeftijd gezien zijn de verschillen minder groot. In de zorgsector zijn de oudste en de jongste leeftijdscategorie enigszins ondervertegenwoordigd. Bijna tweederde bevindt zich in de leeftijdscategorie 25-44 jaar.

Het opleidingsniveau is in de zorgsector hoger dan gemiddeld. Het aandeel laagopgeleiden, dat wil zeggen tot en met mavo/lbo-niveau, bedraagt 16% tegen 29% in de economie als geheel. Daarentegen is het aandeel met een middelbare opleiding in de zorgsector groter dan gemiddeld. Dat geldt eveneens personen met een hogere beroepsopleiding. Bij het percentage academici moet worden aangetekend dat het in de zorgsector veel zelfstandige beroepsbeoefenaren betreft. Indien alleen de werknemers in ogenschouw worden genomen is het aandeel met een wo-opleiding niet veel hoger dan gemiddeld, zo blijkt uit de Arbeidsrekeningen van het CBS.

Tabel 2.2 laat zien dat het aandeel van mannen in het arbeidsvolume groter is dan in het aantal werkzame personen. Dat komt uiteraard doordat mannen minder in deeltijd en dus gemiddeld meer uren per week werken. In de zorgsector bedroeg het aandeel van mannen in het arbeidsvolume in 1996 29%, tegen 68% voor het totaal van de economie.

Tabel 2.2.: Arbeidsvolume in arbeidsjaren in de Gezondheids- en welzijnszorg (zorgsector) en de Nederlandse economie (totaal), naar een aantal kenmerken in 1996

	Zorgsector	Totaal
	%	%
Totaal	100	100
Geslacht		
Mannen	29	68
Vrouwen	71	32
Positie dienstbetrekking		
Zelfstandig	7	11
Werknemer	93	89
Werknemers		
Waarvan:		
- voltijd	41	75
- deeltijd	54	19
- flexibel	5	6

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Het grote belang van deeltijdarbeid bleek reeds uit figuur 2.2. Gemeten in arbeidsvolume is het aandeel weliswaar kleiner dan in banen, maar de laatste jaren is het ruimschoots de helft. Tevens blijkt uit tabel 2.2 dat het aandeel van werknemers in flexibele banen (voornamelijk tijdelijke contracten van korter dan 1 jaar en oproepkrachten) in het arbeidsvolume in de zorgsector met 5% niet veel meer achterblijft bij de economie als geheel (6%). In 1993 was het verschil nog groter. Bij deze cijfers moet worden bedacht dat uitzendkrachten in dienst zijn van de uitzendbureaus en derhalve niet begrepen in de flexibele arbeid in de zorgsector, maar wel in het totaal van de economie.

2.4 Arbeidspotentieel en werkloosheid

In de voorgaande paragraaf is beschreven hoeveel arbeid er door hoeveel personen wordt geleverd in de zorgsector en in de totale Nederlandse economie. Bij het arbeidspotentieel gaat het om hoeveel personen werken of zouden willen werken en om hoeveel arbeid daardoor in potentie geleverd zou kunnen worden. Het gaat daarbij dus om twee aspecten, namelijk het wel of niet (willen) participeren in arbeid en het aantal uren dat men werkt of wil werken. Het laatste aspect wordt hier beperkt tot de grens van 12 uur per week. Of iemand bijvoorbeeld liever 24 uur in plaats van 16 uur per week wil werken, is hier niet relevant.

Bij een indeling van de bevolking van 15-64 jaar naar arbeidsmarktpositie kan worden uitgegaan van 4 hoofdcategorieën:

- De werkzame beroepsbevolking. Dit betreft personen die tenminste 12 uur per week werken.
- De werkloze beroepsbevolking. Dit zijn personen zonder werk die de 4 weken voorafgaand aan de enquête naar werk hebben gezocht voor tenminste 12 uur per week (advertenties kijken wordt al als zoeken aangemerkt). Daarnaast ook per-

- sonen die minder dan 12 uur per week werken, maar 12 uur of meer willen werken.
- c. Personen die wel tenminste 12 uur per week willen werken, maar die niet actief zoeken of niet op korte termijn beschikbaar zijn. Bij degenen die niet actief zoeken kan nog onderscheid worden gemaakt naar het feit of men het laatste halfjaar voorafgaand aan de enquête heeft gezocht.
 - d. Personen die geen betaald werk voor tenminste 12 uur per week willen hebben. Deze categorie bestaat onder andere uit scholieren en studenten, huisvrouwen, arbeidsongeschikten en vutters/gepensioneerden. Een deel van hen werkt wel, maar minder dan 12 uur per week.

In tabel 2.3 wordt een kwantitatieve invulling aan bovenstaande categorisering gegeven. Daarbij zijn naast de kolommen voor de totale bevolking ook kolommen opgenomen voor vrouwen. Voor de zorgsector is immers het arbeidspotentieel van vrouwen speciaal van belang.

De omvang van de werkloze beroepsbevolking bedroeg in 1996 494.000 personen. De daling die in 1995 begon, zette zich in 1996 versterkt door. De afname van de werkloosheid met 39.000 personen kon het niveau echter nog niet terugbrengen op dat van het begin van de jaren negentig.

Tabel 2.3.: *Totale en vrouwelijke bevolking van 15-64 jaar, naar arbeidsmarktpositie in 1992 en 1996 (x 1000)*

	Totaal			Vrouwen		
	1992	1996	verschil	1992	1996	verschil
<i>Werkzame beroepsbevolking</i>	5.885	6.187	+ 302	2.105	2.315	+ 210
<i>Werkloze beroepsbevolking</i>	411	494	+ 83	225	272	+ 47
<i>waarvan:</i>						
Niet-werkend	366	427	+ 61	191	222	+ 31
Werkt minder dan 12 uur per week	45	67	+ 22	34	50	+ 16
<i>Wil werken, niet zoekend of niet beschikbaar</i>	564	623	+ 59	396	423	+ 27
<i>waarvan:</i>						
Afgelopen 6 maanden gezocht	103	124	+ 21	68	81	+ 13
Afgelopen 6 maanden niet gezocht	189	247	+ 58	127	170	+ 43
Niet beschikbaar	272	252	- 20	201	172	- 29
<i>Wil geen betaald werk van min. 12 uur per week</i>	3.489	3.225	- 264	2.327	2.174	- 199
<i>waarvan:</i>						
Niet werkend	2.822	2.508	- 314	1.915	1.676	- 239
Werkt minder dan 12 uur per week	667	717	+ 50	458	498	+ 40
<i>Totale bevolking 15-64 jaar</i>	10.349	10.529	+ 180	5.099	5.184	+ 85

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

De onderste regel van de tabel laat zien dat de totale bevolking van 15-64 jaar in 4 jaar tijd is toegenomen met 180.000. Het aantal werkzamen is veel sterker toegenomen, namelijk met 302.000 personen die tenminste 12 uur per week werken en nog eens 72.000 die minder dan 12 uur per week werken. Daarnaast is de omvang van de

werkloze beroepsbevolking in 1996 83.000 hoger dan in 1992. De drang tot arbeidsparticipatie is blijkbaar groot.

De keerzijde van de spiegel is dat het aantal personen dat niet werkt en ook niet (meer) wil werken in dezelfde periode is afgenomen met 314.000, waarvan 239.000 vrouwen.

De belangrijkste les uit tabel 2.3 is dat ondanks de groei van werkgelegenheid nog geen sprake is van een afname van het onbenutte arbeidspotentieel. De werkloze beroepsbevolking, de grijze groep "wil werken, maar zoekt niet" en het aantal personen dat minder dan 12 uur per week werkt, waren in 1996 allemaal groter van omvang dan in 1992. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

Voor de zorgsector is van belang dat dit al dan niet sluimerende arbeidspotentieel onder vrouwen honderdduizenden personen betreft. Uit de gegevens kan echter niet worden afgeleid in hoeverre die inzetbaar zijn in de zorgsector. Om hierin enig inzicht te krijgen wordt in het volgende gebruik gemaakt van gegevens over WW-uitkeringen.

De tabellen 2.4 en 2.5 geven informatie van de bedrijfsverenigingen weer. Dit betreft dus niet alle uitkeringen in verband met werkloosheid, maar alleen de WW-uitkeringen. Afhankelijk van het arbeidsverleden kunnen personen korter of langer in de WW verblijven, of komen daarvoor in het geheel niet in aanmerking. De cijfers in deze tabellen kunnen derhalve niet meer dan een indicatie geven van de werkloosheid en de ontwikkeling daarvan in de zorgsector.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van het aantal uitkeringsjaren. Bij de BVG (tegenwoordig onderdeel van Cadans) is dit opgelopen van 20.000 in 1989 tot 30.000 in 1993, waarna een daling is opgetreden tot 25.400 in 1996. Opvallend is het verschil in ontwikkeling tussen de BVG en het totaal van alle bedrijfsverenigingen. De aanvankelijke stijging bij de BVG was sneller, maar na 1993 is het totaal in een fors tempo verder toegenomen, terwijl bij de BVG een daling is ingezet. Pas in 1996 daalt ook het totale uitkeringsvolume.

Tabel 2.4.: Aantal uitkeringsjaren BVG en totaal bedrijfsverenigingen, 1990-1996

	BVG		Totaal	
	x 1.000	(1990=100)	x 1.000	(1990=100)
1990	20.0	100	162.7	100
1991	22.6	113	175.3	108
1992	26.9	135	208.4	128
1993	30.1	151	269.4	166
1994	27.4	137	332.1	204
1995	26.6	133	339.0	208
1996	25.4	127	326.3	201

Bron: Ctsv/Lisv

Als wordt gekeken naar het aantal nieuw toegekende uitkeringen blijken de BVG-cijfers veel meer parallel te lopen met het algemene beeld (tabel 2.5). Een daling van het aantal nieuw toegekende uitkeringen treedt nu in beide gevallen op in 1995; een daling die zich doorzet in 1996 en naar verwachting ook in 1997. Het niveau ligt echter nog steeds aanzienlijk boven dat van het begin van de jaren negentig.

Tabel 2.5.: Aantal nieuwe uitkeringen i.v.m. ontslagwerkloosheid BVG en totaal bedrijfsverenigingen, 1990-1996

	BVG		Totaal	
	x 1.000	(1990=100)	x 1.000	(1990=100)
1990	37,5	100	332,3	100
1991	41,5	111	382,0	115
1992	46,5	124	444,5	134
1993	53,7	143	549,3	165
1994	64,9	173	611,2	184
1995	61,3	163	579,2	174
1996	58,5	157	560,0	169

Bron: Ctsv/Lisv

2.5 Vacatures

Behalve werkloosheidscijfers geven ook vacaturegegevens een indicatie voor de situatie op de arbeidsmarkt. Een voordeel hiervan is dat zij direct aan een sector zijn te koppelen. Voor de Gezondheids- en welzijnszorg is het aantal openstaande vacatures in de periode 1990-1993 ruimschoots gehalveerd. Vanaf 1994 is er enig herstel opgetreden, maar het aantal vacatures blijft laag.

Voor de Nederlandse economie als geheel was de daling begin jaren negentig nog sterker, zoals valt te zien in tabel 2.6. In 1993 bedroeg het aantal vacatures slechts een derde van dat in 1990. Het herstel vanaf 1994 is echter ook krachtiger dan in de zorgsector.

Het aandeel moeilijk vervulbare vacatures is over de hele periode in de zorgsector lager geweest dan in de economie als geheel. De laatste jaren is dat verschil relatief groter geworden.

Tabel 2.6.: Totaal aantal en moeilijk vervulbare vacatures in de Gezondheids- en welzijnszorg en de Nederlandse economie (totaal), 1990-1996

	Gezondheids- en welzijnszorg		Totaal	
	totaal	m.v.v. ¹ (%)	totaal	m.v.v. ¹ (%)
1990	11.100	41,4	104.700	47,1
1991	9.800	36,7	86.500	42,7
1992	8.100	32,1	58.200	35,2
1993	5.100	15,7	33.500	18,2
1994	5.700	14,0	39.400	20,1
1995	6.900	13,0	55.200	26,6
1996	7.100	18,3	61.100	28,0

¹ Moeilijk vervulbaar.

Bron: CBS, Vacature-enquête, gegevens derde kwartaal.

Een confrontatie tussen het aantal vacatures en het aantal werkzoekenden is voor de totale economie globaal mogelijk. Tegenover 61.000 vacatures stonden in 1996 bijna 500.000 werkzoekenden. Voor de zorgsector is een dergelijke vergelijking moeilijker, omdat het aantal voor de sector relevante werkzoekenden niet precies bekend is. Op grond van gegevens uit 1995 van het onderzoek "Hoe zoeken werkzoekenden" van Arbeidsvoorziening en op basis van de WW-uitkeringen kan ruwweg een aantal worden geschat van ruim 30.000. Daar staan 7.000 vacatures tegenover. Met name de vacaturegegevens wijzen op een arbeidsmarktsituatie die nog vrij ruim is en vergelijkbaar met 1992/1993.

2.6 Conclusies

De Nederlandse economie vertoont al een aantal jaren een gezonde groei, hetgeen zich weerspiegelt in de arbeidsmarkt. Het aantal werkzame personen neemt vanaf 1995 toe met meer dan 100.000 per jaar. Ook in 1997 en 1998 zal dat het geval zijn. De werkgelegenheidsgroei in de zorgsector kan dit hoge tempo nauwelijks bijbenen, maar in de periode voor 1995 was de groei in de zorgsector aanzienlijk groter dan gemiddeld.

Vanaf 1995 doet zich een daling voor van de voor de zorgsector relevante werkloosheid. Tevens is het aantal vacatures toegenomen, al bevindt dit zich nog op een laag niveau. Per saldo kan de arbeidsmarkt in de zorgsector in 1996 nog als vrij ruim worden gekarakteriseerd, al tekent zich geleidelijk enige verkrapping af.

Voor de zorgsector is van belang dat er in de Nederlandse economie een groot onbenut arbeidspotentieel is, dat voor een belangrijk deel uit vrouwen bestaat. Ondanks de sterke groei van de werkgelegenheid is dat potentieel groter dan enkele jaren geleden. Voor belangrijke personeelstekorten hoeft daarom in zijn algemeenheid voorlopig nog geen vrees te bestaan. Dat betekent uiteraard niet dat zich voor sommige categorieën met specialistische opleidingen in het geheel geen knelpunten kunnen voordoen.

3 ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal ontwikkelingen binnen de zorgsector die direct of indirect van invloed zijn op de arbeidsmarkt voor de zorgberoepen. In de eerste plaats wordt aandacht geschonken aan de ontwikkelingen in de zorgvraag. Die zijn immers van grote invloed op de arbeidsmarktpositie van zorgberoepen. Daartoe zal met name aandacht besteed worden aan demografische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen (paragraaf 3.2). Vervolgens worden de ontwikkelingen binnen de verschillende sectoren in de zorgsector (paragraaf 3.3) en de beroepen (paragraaf 3.4) besproken.

3.2 Algemene ontwikkelingen

3.2.1 Demografische ontwikkelingen

Op 31 december 1996 telde Nederland 15,562 miljoen inwoners, een toename van 68 duizend personen ten opzichte van 31 december 1995 (De Beer & Prins, 1997).

De opvallendste demografische ontwikkeling in 1996 is de sterke toename van de immigratie na een daling in de voorgaande twee jaar. De aantallen levend geboren, overledenen en emigranten in 1996 verschilden slechts weinig van die over het voorgaande jaar. Het (negatieve) saldo administratieve correcties nam daarentegen sterk toe, zodat de bevolkingsgroei over 1996 lager uitviel dan die over 1995 (De Beer & Prins, 1997).

In de bevolkingsprognose 1996 van het CBS is de veronderstelling over het gemiddelde kindertal naar beneden bijgesteld; de veronderstelling over de levensverwachting is naar boven bijgesteld. Als gevolg hiervan zal de bevolking volgens de nieuwe prognose minder sterk groeien dan volgens de vorige prognoses. De vergrijzing zal daarentegen sterker zijn.

Het aantal geboortes is voor het vijfde achtereenvolgende jaar gedaald: van 197.000 in 1992 tot een 'geraamd' aantal van 189.000 in 1996 (De Beer & Prins, 1997). Het leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfer (total fertility rate = TFR) is verder gedaald van 1,53 in 1995 tot (een geschatte) 1,50 in 1996 (CBS, 1997). Aanvankelijk werd deze daling vooral toegeschreven aan het uitstellen van het ouderschap en minder aan een daling van het uiteindelijke kindertal. In de prognoses van de afgelopen jaren werd om die reden een stijging van de TFR verwacht. Omdat het uitstelproces echter langer voortduurt dan verwacht, heeft een dergelijke stijging van de TFR zich nog niet voorgedaan. De vruchtbaarheidscijfers rond de 30-jarige leeftijd zijn weliswaar flink toegenomen, maar deze toename is niet voldoende om de sterke daling op jonge leeftijd goed te maken (De Beer, 1997).

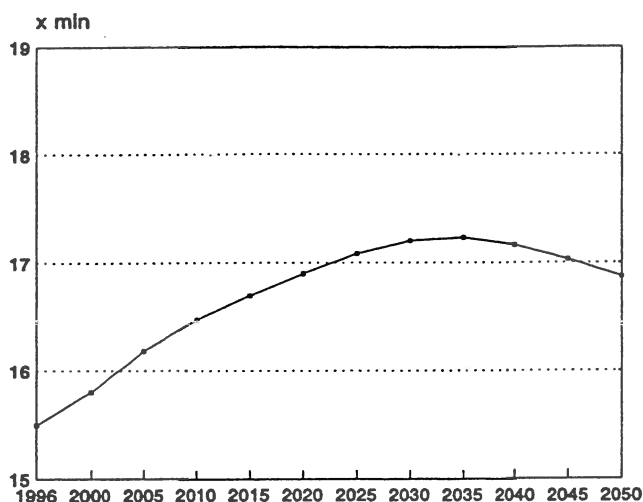
De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind is de afgelopen jaren gestegen van 26,5 in 1985 tot 28,6 in 1995 (CBS, 1997). Verondersteld wordt dat de uiteindelijke kinderloosheid van jonge generaties zal toenemen tot 25%. In de voorgaande prognose werd nog uitgegaan van een kinderloosheid van 20% (De Beer, 1997).

De toename in de levensverwachting van vrouwen is de laatste tien jaar gestagneerd, terwijl bij mannen de rond 1970 ingezette trendmatige stijging zich onverminderd voortzet. In 1980 bedroeg het verschil in levensverwachting tussen vrouwen en mannen nog 6,4 jaar, in 1996 is dat afgenomen tot 5,5 jaar. Een mogelijke oorzaak hiervan is het feit dat de verschillen in rookgedrag tussen mannen en vrouwen kleiner zijn geworden. Doordat mannen enkele decennia eerder dan vrouwen in groten getale zijn gaan roken, namen longkanker en hart- en vaatziekten als doodsoorzaken onder mannen sterk toe. Daardoor ontwikkelde hun levensverwachting zich minder gunstig. Bij vrouwen doet zich de laatste jaren een duidelijke stijging voor van aan het roken gerelateerde doodsoorzaken. Volgens diverse onderzoeken kan meer dan de helft van het verschil in levensverwachting aan roken worden toegeschreven. Een kleiner wordend verschil in rookgedrag tussen mannen en vrouwen heeft op de lange termijn dus belangrijke effecten op het sterfteverschil. Op grond hiervan en op basis van de veronderstelling dat ook andere verschillen in gedrag en werkomstandigheden tussen vrouwen en mannen kleiner zullen worden, wordt in de nieuwe bevolkingsprognose aangenomen dat het sterfteverschil verder zal teruglopen. Voor 2050 wordt verondersteld dat het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen vrouwen en mannen 3 jaar zal bedragen. Verder wordt aangenomen dat de levensverwachting tot 2050 zal blijven toenemen. Op grond hiervan wordt voor vrouwen in 2050 een levensverwachting bij geboorte van 83 jaar verondersteld en voor mannen een levensverwachting van 80 jaar (beide volgens middenvariant) (De Beer, 1997).

In 1996 is een eind gekomen aan de daling van de immigratie en is er zelfs weer sprake van een toename: 109.000 immigranten kwamen in 1996 naar Nederland, 13% meer dan in 1995 (De Beer & Prins, 1997). Ook de emigratie is in 1996 licht toegenomen, van 63.000 naar 66.000 personen.

Op basis van de bovengenoemde ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende bijstellingen van de prognose wordt verondersteld dat de bevolking van Nederland (volgens de middenvariant) voorlopig nog zal blijven groeien, maar dat het tempo van de groei geleidelijk zal teruglopen (figuur 3.1). Op dit moment telt Nederland 15,5 miljoen inwoners. Het aantal van 15 miljoen werd in 1990 bereikt. In 2002 zal het aantal van 16 miljoen inwoners worden bereikt. De volgende stap van een miljoen zal volgens deze prognose veel meer tijd vergen: het aantal van 17 miljoen inwoners wordt pas rond 2025 verwacht. Rond 2030 zal de maximale bevolkingsomvang van 17,2 miljoen worden bereikt. Het verschil met de vorige prognose (17,4 miljoen) kan worden toegeschreven aan het lager veronderstelde kindertal in de nieuwe prognose. Hier staat weliswaar een hogere levensverwachting tegenover, maar het effect daarvan op de bevolkingsgroei is kleiner dan dat van het lager kindertal (De Beer, 1997).

Figuur 3.1: Inwonersaantal 1996-2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant

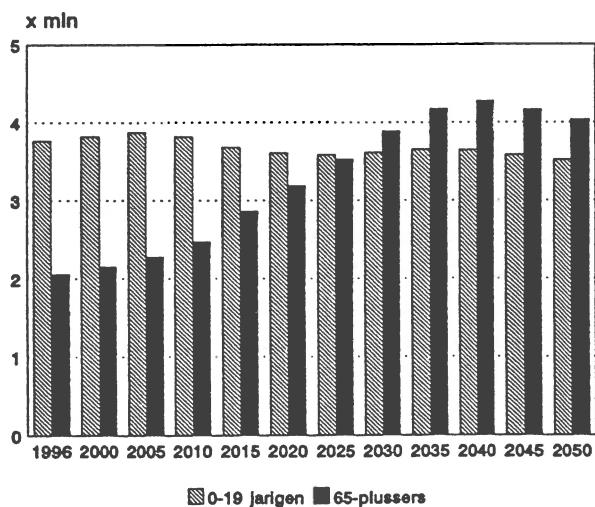


De komende tien jaar zal de bevolking met zo'n 70.000 personen per jaar toenemen. Door de hogere levensverwachting zal het aantal ouderen volgens de nieuwe prognose hoger zijn dan volgens de vorige prognoses.

De groep 0-19 jarigen neemt de komende tien jaar in absolute aantallen nog toe, maar blijft als percentage vrijwel stabiel op 24%. De daarop volgende 20 jaar (tot ±2025) vermindert het aandeel van 0-19 jarigen in de totale bevolking geleidelijk tot 21%.

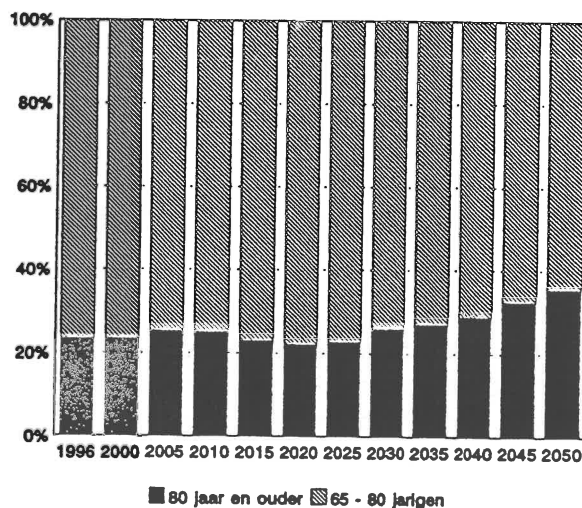
Volgens de nieuwe prognose zal het percentage 65-plussers toenemen tot een maximum van 25% rond 2040. Op dit moment is 13% van de bevolking 65 jaar of ouder. Het percentage 65-plussers zal de komende halve eeuw dus vrijwel verdubbelen (figuur 3.2).

Figuur 3.2: Absoluut aantal 0-19 jarigen en 65-plussers vanaf 1996 tot 2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant



Voor de gezondheidszorg is vooral het aantal hoogbejaarden belangrijk. Met 'dubbele vergrijzing' wordt bedoeld op de ontwikkeling die ertoe leidt dat binnen de groep ouderen de hoogbejaarden het sterkst toenemen. Op dit moment is een kwart van de 65-plussers 80 jaar of ouder. In 2050 zal dat een derde zijn (De Beer, 1997).

Figuur 3.3: Prognose voor het relatieve aandeel 80-plussers binnen de groep 65-plussers in de periode 1996 tot 2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant



Het relatieve aandeel van de groep van 80 jaar en ouder binnen de groep 65-plussers is op dit moment 23,3%. Over 10 jaar zal dat 25,2% zijn, waarna het weer zal dalen tot 22,1% in 2020. Daarna zal het aandeel van de groep van 80 jaar en ouder echter snel toenemen tot 35,5% van de 65-plussers in 2050 (figuur 3.3).

De huishoudensprognose 1996 van het CBS wijkt op belangrijke punten af van eerdere prognoses (de Jong, 1997). Met name het percentage alleenstaanden in de bevolking zal sterker toenemen dan in vorige prognoses werd verondersteld. Dit wordt veroorzaakt door een afname van de geneigdheid om te trouwen die niet volledig gecompenseerd wordt door een toename van het ongehuwd samenwonen. Aangenomen wordt dat jongeren steeds vaker (hoger) onderwijs zullen gaan volgen. De schoolperiode zal hierdoor steeds langer worden en samenhangend hiermee zullen de percentages alleenstaanden op twintigjarige leeftijd blijven stijgen. Net als bij de huwelijksluiting geldt ook nu dat uitstel van relatievorming in aanzienlijke mate tot afstel leidt, hetgeen een veel groter aandeel alleenstaanden in de toekomst met zich mee brengt (de Jong, 1997). Deze toename van het percentage alleenstaanden geldt in het bijzonder voor de middelbare leeftijdsgroepen. Onder jongeren (<20 jaar) en ouderen wordt de komende 25 jaar geen sterke verandering van het aandeel alleenstaanden verwacht. Wel wordt verwacht dat het percentage eenoudergezinnen licht zal dalen. Dit hangt samen met een dalende vruchtbaarheid onder jonge geboortegeneraties vrouwen en een lagere verweduwingkans. Tot slot wordt verondersteld dat de institutionele bevolking (mensen in inrichtingen, instellingen en tehuizen) in de toekomst niet in omvang zal veranderen. Door afnemende sterfterisico's (hetgeen tot meer bejaarden leidt) en een gelijkblijvende opvangcapaciteit in instellingen zal het aandeel van de bevolking dat institutioneel woont in de loop der tijd wel dalen (de Jong, 1997).

3.2.2 Sociaal culturele ontwikkelingen

De allochtone bevolking zal volgens de prognose van het CBS (beperkte definitie) tot 2015 blijven groeien (Manting & Butzelaar, 1997). In 1996 maakte de tweede generatie een kwart uit van de allochtone bevolking; in 2015 zal dat bijna een derde zijn. In de eerste generatie vormen op dit moment de twintigers en dertigers de grootste leeftijdsgroepen. In 2015 vormen de dertigers en de veertigers bij de meeste allochtone deel-populaties de grootste leeftijdsgroepen. De allochtone bevolking zal in de komende jaren gekenmerkt worden door een relatief jonge leeftijdsopbouw omdat er gedurende de prognoseperiode een continue toestroom is van jonge immigranten.

Tussen 1996 en 2015 is er echter ook sprake van een relatief sterke groei van de 65-plussers. Bedraagt het aandeel van deze groep in 1996 in het algemeen slechts een paar procent, in 2015 zal het aandeel 65-plussers voor de meeste allochtone groepen variëren tussen de 4% en 13%. Overigens zal voor Nederland als geheel het aandeel 65-plussers in 2015 ongeveer 15% bedragen.

3.2.3 Beleidsmatige ontwikkelingen

Medische zorg

Eén van de speerpunten van de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994) is de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Deze poortwachtersfunctie wordt vaak uiteen gelegd in twee aspecten: de huisarts als 'bewaker' en de huisarts als 'gids' (NIVEL/NZi, 1996). Eén en ander betekent dat er steeds meer eisen worden gesteld aan de vakinhoudelijke aspecten op een breed terrein. Deels heeft dit onder meer zijn beslag gekregen door de verlenging van de huisartsenopleiding van twee naar drie jaar in 1994. Daarnaast is in 1995 de uitbreiding van de opleidingscapaciteit gerealiseerd tot in totaal 325. Volgens de LHV zou deze uitbreiding onvoldoende zijn om de hoge werkdruk, onder andere als gevolg van de poortwachtersfunctie, op te vangen.

Met betrekking tot de medisch specialisten wordt in het rapport van de Commissie Biesheuvel gepleit voor een nauwere samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgvoorzieningen op het terrein van de curatieve zorg. Daarbinnen spelen de plannen voor een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf een belangrijke rol. De grote vraag is in hoeverre deze integratie zal worden ingevuld en in hoeverre dit gevolgen zal hebben voor de arbeidsmarkt voor specialisten. Er zijn signalen die er op duiden dat de doorgang van een vrij ondernemerschap naar een dienstverband de vraag naar specialistenplaatsen zal doen toenemen.

Met betrekking tot de regelgeving en het instrumentarium dienen de aanbieders van curatieve zorg meer aandacht te hebben voor een doelmatig zorgaanbod. Daarbij wordt gesteld dat de verantwoordelijkheid voor (de ontwikkeling van) het zorgaanbod ligt bij de zorgaanbieders binnen de door de overheid respectievelijk zorgverzekeraars gestelde kaders. Verder stelt de Commissie Biesheuvel dat de instroom voor de vervolgoopleidingen op landelijk niveau bepaald moet worden.

Als we de huidige situatie met betrekking tot de capaciteitsbepaling van de medisch specialisten in ogenschouw nemen, dan ontbreekt het aan een structurele aanpak. De plannen voor een opleidingsfonds en een capaciteitsorgaan zouden dit kunnen structureren.

Paramedische zorg

Binnen de paramedische sector is een aantal ontwikkelingen gaande die van invloed kunnen zijn op de arbeidsmarkt voor paramedici. In de eerste plaats zijn per 1 januari 1996 de aanspraken op fysiotherapie in de Ziekenfondswet en WTZ (Wet Toegang Ziekttekostenverzekering) beperkt. Deze maatregel moet leiden tot een vermindering

van de kosten voor (extramurale) fysiotherapie. Deze beperking heeft tot gevolg dat elke verzekerde, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de arts, recht heeft op maximaal 9 zittingen fysiotherapie per indicatie per jaar. De eerste gevolgen van deze maatregel zijn zichtbaar in het aantal werkzame fysiotherapeuten dat iets is afgenomen. De vraag is of dit een soort schokeffect is dat na een aantal jaren weer zal zijn uitgewerkt.

Aangezien de beperkende maatregel fysiotherapie ook geldt voor de oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, zullen voor deze twee beroepsgroepen vergelijkbare ontwikkelingen plaatsvinden op de arbeidsmarkt als voor fysiotherapeuten.

Voor de ergotherapie geldt dat vanaf 1998 de enkelvoudige ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het wettelijk verzekeringspakket worden opgenomen. Dit zou wel eens gevolgen kunnen hebben voor het aantal ergotherapeuten dat zelfstandig een praktijk uitoefent. De kans is groot dat deze groep ergotherapeuten snel zal toenemen, zeker ook gezien de groeiende behoefte aan ergotherapeutische zorg.

Verpleging en verzorging

In de zorgsector zijn in de meeste CAO's, die in 1996 zijn afgesloten, afspraken gemaakt over een collectieve arbeidsduurverkorting. De feitelijke invoering daarvan (van 38 naar 37 uur) heeft in de thuiszorg reeds plaatsgevonden aan het begin van 1997. In het ziekenhuiswezen vindt op dit moment in de instellingen overleg met de ondernemingsraden plaats over de wijze waarop de 36-urige werkweek gestalte kan krijgen. Hobbels liggen er waar de duur van de werkweek lastig inpasbaar is in de roosters die gebruikelijk zijn.

In de meeste CAO's is sprake van een aanpassing van het functiewaarderingsstelsel voor het komende jaar. Over het algemeen gaat het om aanpassingen aan het huidige tijdsgewricht. Grote inhoudelijke wijzigingen staan niet op de agenda.

Een andere belangrijke ontwikkeling die veel aandacht van de instellingen vraagt ligt op het terrein van de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt. Na jarenlange discussies is de besluitvorming over de herstructurering van het verplegend en verzorgend onderwijs afgerond. Hiermee komt een samenhangend onderwijsstelsel tot stand dat, zoals in bijna elke vorm van onderwijs in ons land, qua verantwoordelijkheid is ondergebracht bij het ministerie van OC&W. De kern van dit stelsel is dat er vier kwalificatieniveaus onderscheiden worden, die elk via een tweetal leerwegen bereikt kunnen worden, namelijk een beroepsopleidende en een beroepsbegeleidende leerweg. Het nieuwe stelsel is zo opgebouwd dat men vrij gemakkelijk tussen de kwalificatieniveaus kan switchen omdat ze uit modules zijn opgebouwd. Hierdoor behoort stapeling van diploma's in principe tot het verleden en kan op eenvoudiger wijze verdere scholing plaatsvinden. De daadwerkelijke start van het nieuwe stelsel is 1 augustus 1997.

Voor andere richtingen in het onderwijs kan deze herstructurering wellicht een voorbeeldfunctie gaan vervullen. Zo is het denkbaar dat andere vormen van inservice-onderwijs in de zorgsector op een zelfde wijze georganiseerd gaan worden en anderzijds dat onderwijsrichtingen, die nu alleen een leren-stage variant kennen, in de toekomst ook een leren-werken variant krijgen.

3.3 Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren

3.3.1 Ziekenhuiszorg

Een belangwekkende ontwikkeling is de verdere organisatorische integratie van ziekenhuis en medisch specialistische hulp. De modernisering vond een stimulans in het rapport van de commissie Biesheuvel en vindt nu zijn vervolg in lokale initiatieven waarbij naast een verandering van de honoreringsstructuur ook verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid wordt nagestreefd (NIVEL/NZi, 1996). De algemene ziekenhuizen kennen verder vaak veranderingen in hun interne organisatiestructuur: er wordt steeds vaker overgegaan tot meer zelfstandige cluster- of divisiestructuren.

3.3.2 Geestelijke gezondheidszorg

Op grote schaal wordt er in de geestelijke gezondheidszorg in regionaal verband meer samengewerkt. In veel gevallen leidt dit tot fusies tussen allerlei vormen van geestelijke gezondheidszorg. Zo veranderen de algemene psychiatrische ziekenhuizen door fusies met RIBW's en RIAGG's in GGZ-conglomeraten waarbij een sterke extramuralisering optreedt. Deze ontwikkelingen zullen wellicht ook leiden tot grotere mobiliteit binnen de groter wordende organisatie en een behoefte aan bijscholing van zittend personeel. De grotere nadruk op extramuralisering vergt immers de nodige veranderingen om te komen tot het gewenste aanbod van diensten door het juiste personeel.

3.3.3 Gehandicaptenzorg

Evenals in de geestelijke gezondheidszorg is er ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten sprake van fusies tussen intra- en semimurale partners. Tegelijkertijd wordt er gestreefd naar kleinschaliger vormgeven van de woonvoorzieningen, vaak in combinatie met maatschappelijke integratie: er doet zich een trend voor waarbij "bedden" het terrein afgaan.

Ook hier geldt dat de extramuralisering veranderingen in het personeelsbestand vergen. Er treedt immers een geleidelijke verschuiving op: het accent komt wat minder op verzorgen en wat meer op begeleiden te liggen.

3.3.4 Ouderenzorg

De grenzen tussen sectoren in de ouderenzorg hebben steeds verder de neiging te vervagen. Concreet zien we dit in het toenemende aantal fusies tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Verder zal in de toekomst 20% van de verpleeghuiscapaciteit haar beslag moeten krijgen in zogenaamde 'verpleegunits' in verzorgingshuizen. Verdere uitbreiding van de verpleeghuissector wordt niet voorzien, wel bevordering van substitutie van intramurale verpleeghuiszorg in extramurale zorg en het inzetten van uitbreidingscapaciteit, zo veel mogelijk in extramurale vorm. Ook de verzorgingshuizen slaan hun vleugels verder uit naar vormen van extramurale zorgverlening.

Zowel de verpleeghuizen als de verzorgingshuizen hebben overigens te maken met steeds meer zorgbehoevende bewoners/patiënten. Dit geldt ook voor de derde sector die overwegend met ouderen te maken heeft: de thuiszorg

3.3.5 Thuiszorg

Ook hier is veel in beweging ("Nota Thuiszorg en zorg thuis"). De meeste fusies tussen voormalige kruiswerk en instellingen voor gezinszorg hebben inmiddels hun beslag gekregen. Het brengen van de thuiszorg onder een wettelijke basis in de AWBZ betekende forse aanpassingen in de werkwijze, inning van eigen bijdragen en administratie. Daarnaast werd de afgelopen tijd enige marktwerking geïntroduceerd. De knip tus-

sen het eerste en tweede compartiment van de zorg leverde veel discussie op en zal naar alle waarschijnlijkheid grotendeels verdwijnen. Verder werd er de afgelopen tijd een nieuw systeem van eigen bijdragen ingevoerd en wordt op dit moment een systeem van onafhankelijke indicatiestelling van kracht.

De vraag naar thuiszorg neemt sterk toe. Het Sociaal Cultureel Planbureau berekende een jaarlijkse groei van 2,2% op grond van demografie, substitutie en toename zorgzwaarte. Bestuurlijk wordt de toenemende vraag naar thuiszorg ook financieel erkend. Onlangs is een groei van het budget voor 1998 van 3% toegekend. Deze zal in zijn geheel besteed moeten worden aan directe zorg. Een en ander betekent een extra vraag naar personeel op arbeidsmarkt. In de nota "Thuiszorg en zorg thuis" wordt mede daarom extra aandacht gevraagd voor scholing en beheersing van het ziekteverzuim.

3.3.6 Apotheken

Het streven van de overheid om ook in de farmaceutische zorg te komen tot kostenbeheersing, door vergroting van de marktwerking, heeft al tot verschillende maatregelen geleid. Zo zijn per 1 januari 1996 de inrichtingseisen waaraan apotheken moeten voldoen uit het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunde geschrapt, waardoor het voor nieuwe aanbieders van farmaceutische zorg gemakkelijker zou moeten worden om de farmaceutische markt te betreden (Venema, 1996). Het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem, dat in juli 1991 van start ging, heeft voor veel geneesmiddelen tot een prijsdaling geleid, maar voor andere ook tot een prijsstijging tot aan de gestelde limiet. Sinds 1 april 1996 geldt een soortgelijk systeem ook voor de zelfmedicatie-middelen. Voorts is de farmaceutische hulp, die per 1 januari 1991 was ondergebracht bij de AWBZ, daar per 1 april 1996 weer uitgehaald (Venema, 1996).

De (tot nog toe mislukte) pogingen om te komen tot een postorderapotheek kunnen gezien worden als reactie op deze maatregelen. Het besluit van de overheid dat in de toekomst het eigendom van een apotheek niet langer meer bij een apotheker behoeft te berusten (één van de IWG-maatregelen), speelt deze en andere ontwikkelingen ook in de kaart. Zo komt het steeds vaker voor dat een apotheker zijn apotheek verkoopt aan een groothandel en zelf zijn baan in loondienst voortzet (Venema, 1997).

De veranderende eisen die gesteld worden aan de dienstverlening van de apotheek, zoals betere patiëntenvoorlichting en medicijnbewaking, heeft ook gevolgen voor de apothekersassistenten. Al sinds 1992 wordt er gepraat over en onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om te komen tot een opleiding voor apotheekmedewerkers op HBO-niveau, waarin ook aandacht besteed wordt aan bedrijfskunde en management. Dit heeft er toe geleid dat de al langer bestaande 'Managementopleiding leidinggevende ziekenhuisapotheken' (MLZA) is omgevormd tot een kaderopleiding 'Management in de farmaceutische sector' die per september 1996 als tweejarige deeltijdopleiding van start is gegaan (Linssen, 1996).

3.3.7 Ambulancehulpverlening

Bij de ambulancehulpverlening is de laatste jaren sprake geweest van schaalvergroting: het aantal ambulancediensten is verminderd, maar het aantal ambulances en aantal personeelsleden blijft gelijk of groeit licht. Het aantal ritten en het aantal kilometers zijn het laatste jaar veel minder gegroeid dan de voorgaande jaren.

Tabel 3.1.: Algemene gegevens ambulance hulpverlening

	1991	1992	1993	1994	1995 ¹
Ambulancediensten	183	168	150	142	137
Ambulancelokaties	235	222	217	220	220
Ambulances	653	647	642	641	640
Aantal ritten (x 1.000)	615	605	622	628	630
- index (1990:598 = 100)	103	103	104	105	105
Aantal kilometers (x 1.000)	18.657	18.807	20.261	21.014	21.200
- index (1990:17.878 = 100)	104	105	112	118	119

¹ De gegevens over 1995 berusten op een raming.
Bron: CBS.

3.4 Gebruik van zorg naar beroepsgroep

Helaas is het, door het ontbreken van de benodigde gegevens, niet mogelijk om voor alle beroepscategorieën ontwikkelingen in productiegegevens te presenteren. Door deze beperking zullen in deze paragraaf alleen productiegegevens van een aantal beroepsgroepen gepresenteerd worden.

3.4.1 Medische beroepen

In 1996 heeft 75% van de Nederlandse bevolking tenminste één keer contact met de huisarts gehad. Sinds 1993 blijft dit percentage redelijk stabiel. Wat betreft het gemiddeld aantal huisartscontacten per persoon is er in 1996 een lichte daling opgetreden. Ook bij de specialisten is er sprake van een daling van het gemiddelde aantal contacten per persoon; van 1.9 in 1995 naar 1.7 in 1996. In totaal heeft 37,6% van de Nederlandse bevolking in 1996 minimaal 1 contact met de specialist gehad. Dit percentage is wat lager dan in de afgelopen vijf jaar. Naar schatting hebben in 1996 circa 6 miljoen personen een specialist geconsulteerd.

Het aantal Nederlanders dat jaarlijks minimaal 1 keer naar de tandarts gaat stijgt nog steeds; 72% in 1990 tot 74% in 1996. Een opvallend gegeven is dat er wel enige verschillen bestaan tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden. Nadat ieder jaar sprake was van een toenemend aantal van het percentage personen dat de tandarts bezocht, is wat betreft de ziekenfondsverzekerden in 1993 de toename tot stilstand gekomen. Voor de particulier verzekerden is 1993 geen omslagpunt en neemt het percentage ieder jaar nog toe.

Tabel 3.2.: Enkele produktiegegevens van een aantal medische beroepen vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Huisartsen					
- aantal contacten per persoon	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7
Specialisten					
- aantal contacten per persoon	1,9	1,8	1,9	1,9	1,7
Tandartsen					
- aantal contacten per persoon	2,0	1,9	2,3	2,1	2,0

Bron: CBS.

3.4.2 Paramedische Beroepen

Voor wat betreft de fysiotherapeut moet worden geconstateerd dat vóór 1990 het percentage personen, dat binnen één jaar één of meer malen contact heeft gehad met een fysiotherapeut, gemiddeld jaarlijks met 0,8% toenam. Na 1990 is sprake van een redelijk stabiele situatie, hoewel in het afgelopen jaar sprake was van een lichte daling; van 13,7% in 1995 tot 13,2% in 1996. Ten aanzien van het aantal zittingen moet worden geconstateerd dat, na een drietal jaren van afname, in 1995 het aantal weer wat toenam. Per 1.000 ziekenfondsverzekerden is sprake van een toename van 0,9%. Een vergelijkbare ontwikkeling is waar te nemen voor de oefentherapie-Mensendieck (toename van 2%) en in iets mindere mate voor de oefentherapie-Cesar (toename 0,2%).

Tabel 3.3.: Enkele produktiegegevens van een aantal paramedische beroepsgroepen vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Fysiotherapeuten					
- percentage personen met contact met fysiotherapeut in 1 jaar	13,5	13,7	13,7	13,6	13,2
- totaal aantal zittingen	21.285.470	21.202.006	20.804.093	21.255.838	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	2.283,5	2.252,1	2.172,9	2.192,6	.
Logopedisten					
- totaal aantal verrichtingen	1.268.640	1.311.816	1.297.114	.	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	136,1	139,3	135,5	.	.
Oefentherapeuten-Cesar					
- totaal aantal verrichtingen	760.262	781.668	792.991	804.927	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	82,5	83,0	82,8	83,0	.
Oefentherapeuten-Mensendieck					
- totaal aantal verrichtingen	742.575	743.579	745.166	772.491	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	79,7	79,0	77,8	79,7	.

Bron: CBS, ZFR.

3.4.3 Verplegende en verzorgende beroepen

De ontwikkeling van het werk van de verplegenden en verzorgenden, uitgedrukt in productiecijfers, is moeilijk precies aan te geven. Weliswaar is als basisgegeven het aantal verpleegdagen voor de verschillende sectoren bekend, maar gezien de veranderingen in de samenstelling van de patiënten/bewonerscategorieën geven deze geen volledig beeld van de ontwikkeling van de werklust. Per sector dient derhalve, waar mogelijk, een aanvullende inkleuring gegeven te worden.

In de ziekenhuissector neemt het aantal verpleegdagen af. Aangezien echter ook de gemiddelde duur van de opname afneemt, blijven de relatief zwaarste dagen van een opname over: het karakter van de gemiddelde verpleegdag verandert derhalve.

Bij de verpleging in psychiatrische ziekenhuizen is van 1991 tot 1994 het aantal gerealiseerde verpleegdagen nauwelijks gewijzigd. De werklust is evenwel toch toegenomen, bijvoorbeeld vanwege de kortere verblijfsduur van patiënten, ook wel draaideur-effect genoemd. Na 1994 zet zich ook een daling van het aantal verpleegdagen in.

Het aantal verpleegdagen in de intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg laat een aanzienlijke groei zien. Daarnaast wordt de hoeveelheid werk ook beïnvloed door vergrijzing van het bewonersbestand en door schaalverkleining.

In de verpleeghuiszorg neemt het aantal verpleegdagen jaar op jaar toe; daarnaast doet zich het verschijnsel voor dat de hulpbehoefte van bewoners ook toeneemt. Een en ander is in een hulpindex aangegeven (tabel 3.4). Vanaf 1994 is de hulpindex lager dan in de voorafgaande jaren. Dit wordt deels veroorzaakt door een andere manier van meten, deels doordat bij somatische patiënten het aandeel revalidatiepatiënten toeneemt. Deze behoeven minder verzorging, maar wel meer behandeling. Vanaf 1994 doen zich overigens weinig veranderingen meer voor bij de hulpindex voor somatische patiënten. Bij psycho-geriatrische patiënten is er sprake van een lichte daling.

Het aantal ingeschreven cliënten in de thuiszorg bedroeg per 31-12-95 bijna 550.000. Driekwart van hen is ouder dan 64 jaar; voor de gezinszorg is dit aandeel zelfs viervijfde.

In de wijkverpleging is het aantal uren wijkverpleging tussen 1994 en 1995 licht toegenomen. Het aantal uren dat door verpleegkundigen voor hun rekening werd genomen daalde iets. De groei kwam vooral voor rekening van de wijkziekenverzorgenden.

Tabel 3.4.: Enkele ontwikkelingen in de verpleging en verzorging vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuiszorg					
Verpleegdagen (x1.000)	16.679	16.416	16.141	15.803	15.562
Gemiddelde ligduur	10.7	10.4	10.1	9.9	9.8
Aandeel 65-plussers	44.8	45.4	45.3	.	.
Psychiatrische zorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	8.553	8.537	8.538	8.371	8.272
Gehandicaptenzorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	11.811	11.974	12.266	12.428	12.562
Verpleeghuiszorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	18.860	19.176	19.425	19.838	20.106
Hulpindex somatische patiënten	8.46	8.55	8.15	8.19	8.20
Hulpindex psycho-geriatrische patiënten	8.43	8.45	8.23	8.15	8.10
Wijkverpleging¹					
- aantal uren wijkverpleging (x1.000)	.	3.533	3.546	3.402	.
- aantal uren wijkzorg (x1.000)	.	1.794	1.936	2.055	.
Totaal	.	5.327	5.428	5.457	.
Gezinszorg					
- aantal uren traditionele hulpverlening (x1.000)	.	39.894	39.335	39.525	.
- aantal uren alpha hulpverlening (x1.000)	.	8.153	9.309	9.759	.
Totaal	.	48.048	48.644	49.284	.

Bron: V.d. Kwartel e.a., 1994; NZi, SIG, Jaarboek Thuiszorg.

Uit tabel 3.4 kan worden afgeleid dat bij de gezinsverzorging het aantal verstrekte uren tussen 1993 en 1995 licht is toegenomen. Dit is een gevolg van een daling van het aantal uren traditionele hulpverlening en een stijging van het aantal uren alpha-hulpverlening.

Voor de gehele thuiszorg lijkt te gelden dat men duurder door goedkoper personeel vervangt. Financiële motieven zullen hierbij een rol spelen. De huidige zeer lage instroom in het leerlingwezen (zie ook paragraaf 5.4.3) zal er de komende jaren voor zorgen dat in de gezinszorg het aanbod van duurder, namelijk gekwalificeerd, personeel afneemt.

4 WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt van de zorgsector centraal. Achtereenvolgens wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de vraag welke ontwikkelingen zich voordoen in het aantal werkenden en de werkgelegenheid in de verschillende sectoren (paragraaf 4.2). Daarna komt de vraag aan de orde hoe de ontwikkeling in het arbeidsvolume zich verhoudt tot het gebruik van voorzieningen. Men zou in dit verband ook kunnen spreken over de 'prestatie' die door werkenden wordt geleverd. (paragraaf 4.3).

In een volgende paragraaf wordt aandacht besteed aan een aantal facetten van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden (paragraaf 4.4). In paragraaf 4.5 wordt een beschrijving gegeven van de arbeidsmobiliteit binnen de sector. In de laatste paragraaf (4.6) komt de zorgsector in het licht van het werkgelegenheidsbeleid aan de orde. Vragen als welke ontwikkelingen zich voordoen in het loongebouw, is er sprake van instroom van specifieke doelgroepen en in welke mate werkgelegenheidsbevorderende maatregelen (Melkert-banen) worden benut, komen dan aan de orde.

4.2 Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het aantal werknemers en het aantal arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg in beeld gebracht (zie bijlage 1, tabel 3 en 4).

Tabel 4.1.: De ontwikkeling van het aantal werknemers en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	185.877	189.265	189.924	193.368	198.727	1,7%
Specialisten (vrijgevestigd)	7.971	7.948	7.924	7.921	7.920	-0,2%
Geestelijke gezondheidszorg	49.803	51.297	51.969	53.653	55.526	2,8%
Gehandicaptenzorg	79.177	83.552	88.527	94.324	99.112	5,8%
Ouderenzorg	175.691	177.328	179.064	183.135	186.679	1,5%
Thuiszorg	144.315	145.144	149.228	154.332	158.646	2,4%
Extramuraal	53.889	55.161	56.332	57.311	58.396	2,0%
Farmaceutische hulp	11.252	11.922	12.413	12.665	13.000	3,7%
Totaal	707.974	721.616	735.380	756.709	778.007	2,4%

Bron: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Het aantal werknemers in de gezondheidszorg is in de periode 1992-1996 toegenomen van 707.974 naar 778.007 werknemers, een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,4%. De sterkste stijging heeft zich voorgedaan bij de gehandicaptenzorg met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 5,8%. Het aantal vrijgevestigde specialisten is in deze periode vrijwel constant gebleven.

Tabel 4.2.: De ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	140.675	141.159	138.640	139.312	141.971	0,2%
Specialisten (vrijgevestigd)	6.855	6.827	6.854	6.852	6.851	-
Geestelijke gezondheidszorg	38.640	39.066	39.499	40.402	41.850	2,0%
Gehandicaptenzorg	53.565	54.970	56.250	58.832	60.801	3,2%
Ouderenzorg	115.802	116.724	116.633	118.565	120.628	1,0%
Thuiszorg	58.864	58.758	58.062	57.342	57.113	-0,8%
Extramuraal	41.400	42.470	43.340	44.120	44.890	2,0%
Farmaceutische hulp	8.223	8.713	9.072	9.256	9.600	4,0%
Totaal	464.024	469.006	468.349	474.680	483.704	1,1%

Bron: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Het aantal arbeidsplaatsen is in de periode 1992-1996 gestegen van 464.024 naar 483.704 arbeidsplaatsen, een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,1%. De sterkste stijging heeft zich voorgedaan bij de farmaceutische hulp met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 4,0%. Het aantal arbeidsplaatsen bij de thuiszorg is in deze periode gemiddeld met 0,8% gedaald.

Na een lichte daling in 1994 is voor de totale gezondheidszorg het aantal arbeidsplaatsen in 1995 en 1996 weer toegenomen. Een gedeelte van deze toename is het gevolg van de invoering van de Melkert-banen in 1995 (zie paragraaf 4.6).

Het aantal werknemers is in de periode 1992-1996 meer gegroeid dan het aantal arbeidsplaatsen. Dit is vooral het gevolg van een sterke toename van het aantal parttimers. Bijvoorbeeld in de intramurale gezondheidszorg is in deze periode het percentage part-timers toegenomen van 54,3% naar 65,6%.

4.3 Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de productie

Het aangeven van de ontwikkeling van het totaal aan activiteiten en de productie, is zeker in een sector als de zorgsector een moeilijke zaak. Allerlei deel-activiteiten kunnen goed aangegeven worden. Men kan hierbij denken aan gerealiseerde verpleegdagen, operaties, behandelingen, de zwaarte van de geholpen patiënten etc. Er is hier van afgezien om dit soort indicatoren per sector weer te geven. In ander onderzoek zijn er de nodige pogingen gedaan om dat wat er in een sector in totaliteit 'gepresteerd' wordt van maat en getal te voorzien en zo vergelijkingen te kunnen maken tussen de prestatie en de middelen die daartoe ter beschikking staan, waaronder het personeel. Daarbij is een aantal veronderstellingen gemaakt die de uiteindelijke cijfers beïnvloeden. Andere studies gaan soms uit van andere veronderstellingen en komen op basis daarvan tot iets afwijkende uitkomsten. Hier zijn we uitgegaan van Gezondheidszorg in

tel-4 van de commissie Van der Zwan. In dat rapport zijn alle zorgsectoren op een vergelijkbare wijze in kaart gebracht¹.

Tabel 4.3.: De ontwikkeling van de activiteiten en het personeel gedurende de periode 1988-1995 (in gemiddelde jaarlijkse mutaties)²

	mutatie activiteiten	mutatie personeel	mutatie personeels- samenstelling	ontwikkeling arbeids- productiviteit
Ziekenhuizen	1,9	0,3	0,2	1,4
Psychiatrische ziekenhuizen	1,2	1,4	0,3	-0,4
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	3,8	2,6	0,2	1,2
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	3,0	2,5	0,4	0,1
Semimurale gehandicaptenzorg	3,8	3,8	-	-
Verpleeghuizen	2,5	1,9	0,6	0,0
Verzorgingshuizen	-0,5	-0,5	0,1	-0,2
Thuiszorg	0,8	0,2	-0,2	0,9

Bron: Gezondheidszorg in Tel-4.

In de meeste sectoren is er sprake van een sterkere groei van de activiteiten dan de absolute omvang van het personeel. Als er gegevens bekend zijn over de samenstelling van het personeelsbestand valt er een zogenaamd samenstellingseffect vast te stellen. Hiermee wordt bedoeld dat goedkoper personeel door duurder vervangen is, bijvoorbeeld leerling verpleegkundigen door gediplomeerde verpleegkundigen of andersom. In de thuiszorg doet zich vanaf 1993 een contraire beweging voor: verpleegkundigen worden vervangen door ziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden door alfa-hulpen. Ook wanneer men hiermee rekening houdt, geldt dat er in de meeste gevallen nog sprake is van een verschil tussen personele inzet en prestaties. Men zou kunnen zeggen dat er sprake is van arbeidsproductiviteitswinst: met hetzelfde aantal mensen wordt meer tot stand gebracht. Een en ander is alleen te realiseren wanneer er voldoende middelen en kapitaal beschikbaar zijn om veranderingen tot stand te brengen. Medisch technologische ontwikkelingen spelen natuurlijk een belangrijke rol. Vandaar dat ziekenhuizen vergelijkenderwijs zo'n hoge arbeidsproductiviteitsontwikkeling laten zien. Ontwikkelingen in de medische technologie leiden echter ook vaak tot een grotere toepasbaarheid en roepen daardoor weer meer werk op. Daarnaast zullen organisatorische verbeteringen, men kan hierbij onder meer denken aan projecten die een grotere doelmatigheid nastreven, hier een bijdrage aan geleverd hebben.

De cure-sector biedt wat de ontwikkeling in de arbeidsproductiviteit betreft ruimere mogelijkheden dan de care-sector, die gekenmerkt wordt door een grote arbeidsintensiteit: de verzorging van mensen blijft mensenwerk. Een en ander zien we ook weer spiegeld in de uitkomsten van de verschillende sectoren.

¹ Dat de uitkomsten afhankelijk zijn van de aannames wordt duidelijk wanneer we de hier gepresenteerde gegevens met die van voorgaand jaar vergelijken. Door het hanteren van een gewijzigde methode treedt er met name bij de psychiatrische ziekenhuizen een verschil op. In Gezondheidszorg in tel-4 wordt hierop uitgebreid ingegaan.

² Voor een aantal sectoren geldt een afwijkende periode: semimurale gehandicaptenzorg en thuiszorg 1988-94 en ambulante geestelijke gezondheidszorg 1990-94.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is zeker gezien de te verwachten groei van de vraag naar gezondheidszorgdiensten niet van belang ontspeend. Tegelijkertijd echter wordt de zorgsector steeds vaker aangesproken op het creëren van onge-schoold en laaggeschoold werk in verband met de bestrijding van de werkloosheid. Duidelijk mag zijn dat het gelijktijdig realiseren van beide doelstellingen, dat wil zeggen verdere stijging van de arbeidsproductiviteit en het bieden van meer werkgelegenheid, niet haalbaar zal zijn. Zo wordt in Gezondheidszorg in Tel-4 becijferd dat de Melkert-banen in de NZf-sectoren de arbeidsproductiviteitsontwikkeling in 1995 met 0,4% in negatieve zin beïnvloeden.

4.4 Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden

De arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden kunnen een belangrijke invloed uit-oefenen op de positionering van een sector op de arbeidsmarkt. Vandaar dat er hier aandacht aan wordt besteed. Omdat de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden vrij ruime begrippen zijn zullen we hier volstaan met het behandelen van een beperkt aantal indicatoren.

Het grote gewicht van de arbeidsvoorwaarden voor de zorgsector komt tot uitdrukking in het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie. Daarnaast zal aan-dacht besteed worden aan ontwikkelingen in het ziekteverzuim van het personeel.

Arbeidsvoorwaarden

De zorgsector is een arbeidsintensieve sector. Dit blijkt uit het aandeel van de per-soneelskosten in de totale exploitatiekosten. Tabel 4.4 laat zien dat dit aandeel uiteen-loopt van circa 57% in de ziekenhuizen en 58% in de bejaardenoorden tot meer dan 85% in de thuiszorg. De verschillen zijn voor een belangrijk deel terug te voren op de soort zorg die verstrekt wordt. Zo spelen bij ziekenhuizen, in vergelijking met andere zorgsectoren, de materiële kosten voor allerlei medisch-technologische activiteiten een rol; bij bejaardenoorden bijvoorbeeld drukken de huisvestingskosten relatief zwaar op het budget.

Tabel 4.4.: *Het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie vanaf 1993*

	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	57,5%	57,0%	56,9%
Psychiatrische ziekenhuizen	72,4%	71,2%	71,1%
Gehandicaptenzorg	68,8%	68,4%	68,2%
MKD's/MKT's	67,1%	65,8%	66,7%
Verpleeghuizen	69,1%	68,9%	68,4%
Bejaardenoorden	57,9%	58,1%	58,0%
Semimuraal gezondheidszorg	62,8%	62,5%	61,8%
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	80,2%	79,0%	78,6%
Thuiszorg	85,7%	85,5%	85,9%

Ook verschillen in beloningsniveau tussen de sectoren spelen een rol bij het verklaren van verschillen in het aandeel van de personele kosten tussen de sectoren. Zo be-dragen de personeelskosten per fte in 1995 in de thuiszorg f 51.200,- per jaar; de ambulante geestelijke gezondheidszorg komt op f 93.900,- per jaar. Uiteraard zou men

deze verschillen ook als verschillen in zorg kunnen omschrijven, immers er is sprake van een geheel andere type professionals.

Tabel 4.5.: De gemiddelde personeelskosten per fte vanaf 1993

	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	66.150	68.400	70.600
Psychiatrische ziekenhuizen	69.800	71.450	71.700
Gehandicaptenzorg	59.900	61.600	61.600
MKD's/MKT's	66.050	68.100	67.850
Verpleeghuizen	57.050	58.700	59.350
Bejaardenoorden	55.750	56.900	56.500
Semimuraal gezondheidszorg	61.750	62.800	62.400
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	91.550	92.550	93.900
Thuiszorg	47.500	49.100	51.200

Ziekteverzuim

Ziekteverzuim kan op vele manieren gemeten worden. Vandaar dat verschillende bronnen voor dezelfde sectoren tot verschillende verzuimpercentages komen. In tabel 4.6 is een aantal gegevens over het ziekteverzuim landelijk en voor de zorgsector naast elkaar gezet. Qua niveau zijn de gegevens door verschillen in definiëring niet geheel vergelijkbaar. De van het CBS afkomstige gegevens zijn gebaseerd op een beschikbaarheidsberekening, die van de BVG op de kalenderdagenmethode. Het CBS heeft voor de jaren voor 1996 geen gegevens over de zorgsector, vandaar dat met de niet-commerciële dienstverlening wordt gewerkt. De BVG-gegevens zijn in bijlage 2 verder naar sectoren uitgesplitst. Wat betreft de ontwikkeling in de tijd lenen de gegevens zich wel voor een vergelijking.

Beide bronnen laten tussen 1993 en 1994 een forse afname van het ziekteverzuim zien. Een en ander hangt waarschijnlijk samen met de invoering van de Wet TZ/Arbo. Het effect lijkt voor de zorgsector enigszins van tijdelijke aard te zijn: in 1995 vindt een vrije sterke stijging van het ziekteverzuim plaats. Voor 1996 zien we weer een daling optreden, echter nog niet tot op het niveau van 1994. Dit effect zien we ook bij alle te onderscheiden sectoren bij Cadans.

De genoemde ontwikkeling doet zich veel sterker voor bij de BVG/Cadans-gegevens dan bij die van het CBS over de niet-commerciële dienstverlening. Ook andere bronnen (LKG, Personeelsstatistiek NZi) laten voor de intramurale gezondheidszorg een minder sterke stijging in 1995 zien. Verder valt op dat in de landelijke gegevens (CBS) in 1995 in het geheel geen sprake is van een stijging, maar wel van een daling in 1996.

Hoewel de verschillende bronnen verschillende uitkomsten laten zien, lijkt de conclusie wel gerechtvaardigd dat sinds het begin van de jaren negentig het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) in de zorgsector wel is afgenomen, maar minder sterk dan landelijk het geval is.

Tabel 4.6.: Het ziekteverzuimpercentage vanaf 1992

	Bron	1992	1993	1994	1995	1996
Inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof						
Landelijk	CBS		6,7%	5,5%	5,5%	5,1%
Niet commerciële dienstverlening	CBS		8,0%	7,2%	7,3%	6,9%
Zorgsector	BVG	7,3%	7,4%	6,8%	7,6%	7,1%
Intramurale zorg	BVG	7,2%	7,6%	7,2%	8,0%	7,5%
Exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof						
Landelijk	CBS		6,2%	4,9%	4,9%	4,6%
Niet-commerciële dienstverlening	CBS		6,7%	5,9%	6,1%	5,9%
Zorgsector	BVG	6,4%	6,4%	5,6%	6,4%	5,9%
Intramurale zorg	BVG	6,2%	6,5%	5,9%	6,6%	6,2%

Bron: CBS, BVG (Cadans).

4.5 Mobiliteit binnen de zorgsector

In de RAZ 1996 is voor het eerst aandacht besteed aan mobiliteit binnen de zorgsector, gebaseerd op administratieve gegevens van de bedrijfsvereniging BVG. De daarin gepresenteerde cijfers hadden betrekking op 1993 en gaven een zeer grote mobiliteit te zien tussen thuiszorginstellingen. Bij nader inzien is gebleken dat een deel van de waargenomen mobiliteit te maken heeft met fusies tussen instellingen. Met name in de thuiszorg ontstaat daardoor een vertekend beeld. Voor de cijfers die worden gepresenteerd in de tabellen 4.7 en 4.8 is zo goed mogelijk gecorrigeerd voor fusies, dat wil zeggen dat werknemers die in een gefuseerde instelling werken, geacht worden niet van werkgever te zijn veranderd indien ze voordien werkzaam waren bij een van de instellingen die door de fusie zijn samengegaan.

De gegevens hebben betrekking op 1994 en 1995, omdat jaarlijkse verschillen vooralsnog moeilijk te beoordelen zijn.

Tabel 4.7 dient als volgt te worden gelezen. De rijpercentages tellen op tot 100, hetgeen bijvoorbeeld het volgende betekent: van degenen die een nieuwe baan vonden in de thuiszorg was in 1993 69% ook uit de thuiszorg afkomstig, 2% was afkomstig uit ziekenhuizen, 5% uit verpleeghuizen en 5% uit verzorgingshuizen.

Per regel kunnen de cijfers op soortgelijke wijze worden geïnterpreteerd.

Op de diagonaal staat dus het percentage van de werknemers die werk hebben gevonden in een bepaalde sector, dat uit dezelfde sector afkomstig is. Dit blijkt voor de meeste sectoren tussen 60 en 70 procent te liggen; in de ziekenhuizen is het minder en in de zwakzinnigeninstellingen ruimschoots minder dan de helft. Laatstgenoemde sector trekt relatief veel nieuwe werknemers aan uit de categorie "overig", waarbij gedacht moet worden aan welzijnsgerelateerde beroepen zoals groepsleider.

Hoewel zoals in het voorgaande betoogd niet volledig vergelijkbaar, komt het beeld in grote lijnen overeen met hetgeen in de RAZ 1996 is geschetst voor 1993. Afgezien van de thuiszorg is het belangrijkste verschil dat er in 1994 en 1995 in de ziekenhuizen een relatief groter deel instroomde uit de verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Een tamelijk constant, maar begrijpelijk gegeven is de vrij grote uitwisseling van personeel tussen de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Hier speelt mee dat het onderscheid tussen beide soorten instellingen geleidelijk minder scherp wordt.

Tabel 4.7.: Verandering van baan binnen de zorgsector, naar herkomstsector, 1994/1995

Sector van herkomst	Thuiszorg	Alg. zkh.	Psychiatrie	Zwakz. inst.	Verpleeghuizen	Verzorg. huizen	Overig ¹	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%
Nieuwe baan in:								
- Thuiszorg	69	2	1	1	5	5	17	100
- Alg. en gespec. ziekenhuizen	11	47	3	2	20	8	9	100
- Psychiatrische ziekenhuizen	4	5	63	4	6	5	13	100
- Zwakzinnigeninrichtingen	5	4	6	32	9	6	38	100
- Verpleeghuizen	6	5	1	1	63	19	5	100
- Verzorgingshuizen	8	3	1	1	17	65	5	100
- Overig	7	4	3	10	8	6	62	100
Totaal	25	8	7	4	19	16	21	100

¹ 'Overig' bestaat uit: apotheken, (tand)artspraktijken, kindertehuizen e.d., gehandicapteninstellingen, (soc.) medische diensten en dergelijke.

Bron: IVA, BVG.

Tabel 4.8 bevat net iets andere informatie, omdat hierin de kolompercentages tot 100 optellen. Dat betekent bijvoorbeeld voor de eerste kolom dat van degenen die vertrokken zijn bij een werkgever in de thuiszorg 80% bij een andere werkgever in deze sector terecht is gekomen; 4% is in een ziekenhuis gaan werken, 5% in een verpleeghuis en 4% in een verzorgingshuis. Hier geeft de diagonaal aan welk percentage van de werknemers die bij een werkgever in een bepaalde sector vertrokken zijn, weer in dezelfde sector zijn terecht gekomen.

Tabel 4.8.: Verandering van baan binnen de zorgsector, naar bestemmingssector, 1994/1995

Sector van herkomst	Thuiszorg	Alg. zkh.	Psychiatrie	Zwakz. inst.	Verpleeghuizen	Verzorg. huizen	Overig ¹	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%
Nieuwe baan in:								
- Thuiszorg	80	11	4	6	7	9	21	29
- Alg. en gespec. ziekenhuizen	4	55	5	5	10	4	4	9
- Psychiatrische ziekenhuizen	1	4	68	6	2	2	4	8
- Zwakzinnigeninrichtingen	1	1	3	22	1	1	5	3
- Verpleeghuizen	5	12	4	4	61	22	4	18
- Verzorgingshuizen	4	5	3	3	11	54	3	13
- Overig	5	12	13	54	8	8	59	20
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

¹ 'Overig' bestaat uit: apotheken, (tand)artspraktijken, kindertehuizen e.d., gehandicapteninstellingen, (soc.) medische diensten en dergelijke.

Bron: IVA, BVG.

Als het percentage op de diagonaal in tabel 4.8 voor een deelsector hoger is dan dat in tabel 4.7 betekent dit dat de betreffende sector per saldo minder personeel naar andere sectoren heeft zien vertrekken dan dat er uit andere sectoren is aangetrokken. Binnen de zorgsector is dat dus een "winnaar". Dit blijkt in 1994 en 1995 te gelden voor de thuiszorg, de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen. De overige sectoren waren per saldo "verliezers", waarbij het grootste verlies zich voerde bij de zwakzinnigeninrichtingen en de verzorgingshuizen.

De grootste netto stromen deden zich in deze jaren voor van de verpleeghuizen naar de ziekenhuizen en van de verzorgingshuizen naar de verpleeghuizen. Daarnaast was er ook een vrij grote netto stroom van verzorgingshuizen naar ziekenhuizen. De verzorgingshuizen boekten een netto "verlies" ten opzichte van alle andere onderscheiden sectoren.

De thuiszorg boekte "winst" ten opzichte van de alle andere sectoren, behalve de ziekenhuizen.

Indien alle sectoren samen worden genomen, vond van alle personen die binnen de zorgsector van baan veranderden 63% een andere baan binnen dezelfde deelsector, hetgeen nauwelijks afwijkt van het voor 1993 gevonden percentage.

4.6 De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid

In het kader van het werkgelegenheidsbeleid van de overheid is er in de loop der tijd een scala van maatregelen van toepassing (geweest). De op dit moment meest besproken maatregel betreft het 40.000 banenplan, de zogenaamde 'Melkert-banen'. Het gaat hierbij om een werkgelegenheidsimpuls voor langdurig werklozen, waarvan de zorgsector geacht wordt een substantieel deel voor zijn rekening te nemen. Deze werkgelegenheidsimpuls heeft vanaf eind 1995 zijn beslag gekregen. Voordien waren en zijn nu soms nog ook allerlei andere maatregelen van toepassing. Voor zover er landelijke informatie over bestaat besteden we hier aandacht aan.

Arbeidsvoorzieningsmaatregelen

De toepassing van een aantal arbeidsvoorzieningsmaatregelen vertoont in de loop der tijd eerst een toename en vervolgens een afname (zie tabel 4.9). Dit heeft te maken met het feit dat de ene maatregel door de andere opgevolgd wordt. Zo zijn de KRA-regelingen als het ware opgevolgd door de Melkert-banen.

Tabel 4.9.: De toepassing van enkele arbeidsvoorzieningsmaatregelen vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Zorgsector-breed					
- JWG-ers	.	.	4.100	4.500	4.700
- Banenpoolers	1.210	.	2.200	2.800	3.000
- Melkert	.	.	.	3.266	6.690
Melkert in:					
- intramurale zorg	.	.	.	1.673	4.072
- thuiszorg	.	.	.	553	867
- verzorgingshuizen	.	.	.	522	816
- dagverblijven	.	.	.	-	774
- overig	.	.	.	.	161
Intramuraal gezondheidszorg (CAO Ziekenhuiswezen)					
Kaderregeling Arbeidsinpassing:					
- toepassing KRA-WEP	929	810	628	311	.
- toepassing KRA-regulier	1.306	1.488	1.765	1.474	.
Toepassing STIPUD					
- aantal instellingen	320	324	368	330	.
- langdurig werklozen	952	1.089	1.415	2.099	2.928
- in dienst nemen van WEP-pers	148	115	132	67	4
- in dienst nemen van JWG-ers	.	.	40	70	68
- in dienst nemen van banenpoolers	.	.	9	41	31
- herintredende vrouwen	823	361	335	461	424
- allochtonen	424	392	361	739	944
- ZV-ers in deeltijd	376	352	289	138	137
Aantal personen ¹	2.386	2.013	1.960	2.822	3.397
Totaal bedrag stimulering	5.6 mln.	4.7 mln.	4.6 mln.	7.2 mln.	8.7 mln.

¹ Het totaal aantal personen komt niet overeen met het aantal van de verschillende doelgroepen, daar men tot meerdere doelgroepen kan behoren.

Bron: NZi, NEI, COTG, STIPUD-evaluatie.

De KRA-regelingen kenden hun hoogtepunt rond 1992. De KRA-WEP is een eenjarige maatregel, de toepassing van KRA-regulier strekt zich over een periode van maximaal vier jaar uit. Vandaar dat deze laatste regeling nog wel een groei laat zien sinds 1992. Het aantal nieuwe toepassingen was waarschijnlijk echter toen al beperkt. Vanaf 1994 laten de KRA-regelingen een afname zien. De zorgsectorbrede groei van de JWG en de banenpool tussen 1992 en 1996 is opvallend te noemen.

Het deelnemersprofiel van de verschillende regelingen verschilt volgens het NEI sterk. Via de KRA zijn vooral werklozen tot 45 jaar geplaatst. Herintredende vrouwen zijn sterk vertegenwoordigd; ongeschoolden en allochtonen zijn ondervertegenwoordigd. Via JWG worden per definitie alleen jongeren geplaatst. Bij de banenpool zien we een oververtegenwoordiging van de meest kansarme groepen: ouderen en ongeschoolden. Uit een en ander blijkt volgens het NEI (Olieman, 1996) dat de deelnemersgroepen van de verschillende maatregelen elkaar aanvullen.

Over het bereik en de effecten van de maatregelen concludeert het NEI op grond van een vergelijking van de beschikbare informatie dat de effectiviteit in de zorgsector weinig verschilt van de effectiviteit van dezelfde maatregelen in andere sectoren. Verdringing van reguliere arbeid door deelnemers aan maatregelen lijkt beperkt te zijn.

Budgetvervalsing en verdringing tussen maatregelen komen volgens het NEI wel voor, zij het op beperkte schaal.

Melkert-banen

Sinds 1995 zijn de Melkert-banen van toepassing. Bij deze regeling vindt eerst een inventarisatie van het aanbod plaats, op grond hiervan worden plaatsen toegekend. Daarna wordt er door gemeenten en arbeidsvoorzieningsorganisatie voor zover mogelijk een voorstel voor bezetting gedaan. Van de in 1995 en 1996 toegekende arbeidsplaatsen in het kader van de Melkert-banen is door de zorgsector de helft daadwerkelijk bezet. De thuiszorg slaagde daar wat minder goed in. Hier werd een derde van de toekenningen gerealiseerd.

Zowel de intramurale zorg, als de verzorgingshuizen, de dagverblijven en de thuiszorg laten in 1996 een forse toename ten opzichte van 1995 zien, het jaar waarin de maatregel van toepassing werd.

In tabel 4.9 is er sprake van het aantal arbeidsplaatsen van 32 uur. In 1996 gaat het om bijna 8800 werkzame personen in de zorgsector.

Op basis van een steekproef van circa 3000 werknemers met een Melkert-baan in de intramurale gezondheidszorg, kunnen de volgende kenmerken afgeleid worden (bron: NZi):

- circa 67% van het aantal arbeidsplaatsen wordt bezet door vrouwen;
- de gemiddelde leeftijd van de vrouwen bedraagt 36.4 jaar en van de mannen 35.1 jaar;
- circa 9% van het aantal arbeidsplaatsen is gerealiseerd in administratieve functies, 31% in hotelfuncties (o.a. onderhoudspersoneel en keukenpersoneel), 39% in patiëntgebonden functies (o.a. verplegend en verzorgend personeel), 5% in terrein-gebonden functies (o.a. technisch personeel en tuin- en plantsoenendienst) en van 16% is de functie onbekend.

STIPUD-regeling

De instroom van specifieke doelgroepen wordt zichtbaar in sectorspecifieke stimuleringsmaatregelen zoals die van AWOZ: de Stimuleringsregeling Inpassing Personen Uit Doelgroepen (STIPUD). Deze is van toepassing voor instellingen die vallen onder de CAO-Ziekenhuiswezen. Vanaf 1994 zien we een zeer sterke toename in het gebruik van deze regeling. De toegekende middelen laten bijna een verdubbeling zien. De toename is vooral terug te vinden bij de categorie langdurig werklozen en allochtonen. Bij de eerste categorie is het niet uitgesloten dat er sprake is van een stapeling van subsidies: het aanbieden van Melkert-banen en de STIPUD-regeling kunnen samengaan.

Met het aantal allochtonen dat in de afgelopen jaren in dienst gekomen is, wordt ruimschoots tegemoet gekomen aan de afspraken tussen CAO-partijen hieromtrent.

Sinds 1996 is de STIPUD-regeling uitgebreid met een subsidie voor behoud van allochtone werknemers. Wanneer een allochtone werknemer waarvoor in 1994 of eerder subsidie is verstrekt, in 1996 nog in dienst is, kan de werkgever hiervoor een subsidie ontvangen van f 4.000,-. In 51% van de potentiële gevallen werd in 1996 deze subsidie toegekend. Minimaal de helft van de doelgroep blijkt dus twee jaar later nog in dienst te zijn.

5 BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden, anders dan in voorgaande jaren, de vier deelsectoren afzonderlijk gepresenteerd (medische beroepen in § 5.2, paramedische beroepen in § 5.3, verplegende en verzorgende beroepen in § 5.4, assisterende beroepen in § 5.5). Dit biedt de mogelijkheid om per sector verschillende accenten te leggen en meer aandacht te besteden aan voor die sector relevante ontwikkelingen. Verder zal in § 5.6 aandacht worden besteed aan de beroepen op het grensvlak van zorg en welzijn.

5.2 Medische beroepen

5.2.1 Aantal werkzame personen

Naar schatting zijn er in 1995 iets meer dan 30.000 artsen werkzaam in Nederland. Het grootste deel hiervan (80%) is werkzaam in de curatieve sector.

Als de groei van een aantal groepen artsen (huisartsen, specialisten) wordt vergeleken met een aantal andere medische beroepen, dan blijkt dat de beroepsgroep verloskundigen in de afgelopen vier jaar het snelst is gegroeid (13%). De omvang van de beroepsgroep huisartsen is in diezelfde periode met 5% toegenomen, die van tandartsen met 2%.

Tabel 5.1.: Aantal werkzame personen in medische beroepen per 31 december

	1992	1996	Index (1992 = 100)
Huisartsen ¹	6.595	6.921	105
Medisch specialisten	13.238	14.779	112
Tandartsen	7.210	7.319	102
Apothekers	2.143	2.363	110
Verloskundigen	1.203	1.357	113

¹ Dit betreft het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen.

5.2.2 Achtergrondkenmerken

Geslacht

Het percentage vrouwen in de verschillende medische beroepen loopt sterk uiteen. Binnen de beroepsgroep huisartsen is momenteel 18% van de zelfstandig gevestigde huisartsen vrouw (inclusief assistent-huisartsen bedraagt dit aandeel 21%). Dat het aandeel vrouwen in de beroepsgroep huisartsen in de toekomst verder zal toenemen kan onder andere worden afgeleid uit het feit dat van alle huisartsen, die in 1996 in opleiding zijn, 56% vrouw is.

Het aandeel vrouwen binnen de groep medisch specialisten bedraagt 19%. Aangezien momenteel 39% van alle specialisten in opleiding vrouw is, zal ook het aandeel vrouwelijke specialisten in de toekomst verder toenemen. De verschillen tussen de diverse medische specialismen zijn overigens erg groot. Binnen de specialismen urologie en orthopedie zijn nauwelijks vrouwen werkzaam (1%), terwijl bij de klinische

genetica (53%) en de klinische geriatrie (45%) het aandeel vrouwen aanzienlijk hoger ligt. Dit soort verschillen zijn overigens ook zichtbaar bij de specialisten in opleiding. Binnen de groep sociaal-geneeskundigen ligt het percentage vrouwen (31%) wat lager dan bij de huisartsen en specialisten. Dit aandeel zal in de komende jaren ongetwijfeld ook toenemen, zij het niet zo spectaculair. Immers, 39% van alle sociaal-geneeskundigen *in opleiding* is vrouw.

Bij de verpleeghuisartsen in het percentage vrouwen, zowel bij de ingeschrevenen in het register als bij de verpleeghuisartsen in opleiding, het grootst, namelijk 45% van de geregistreerden en 69% van de verpleeghuisartsen in opleiding.

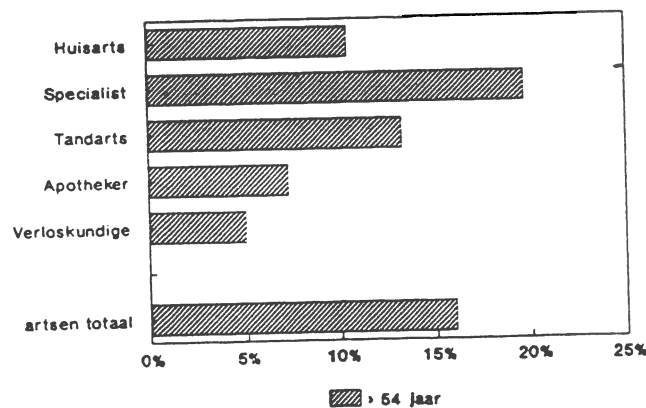
Bij de tandartsen is het aandeel van vrouwen de afgelopen vijf jaar toegenomen van 17% in 1992 tot 19% in 1996. Aangezien 44% van alle tandartsen in opleiding vrouw is, zal ook het percentage vrouwelijke tandartsen de komende jaren toenemen.

Bij de apothekers is in de laatste jaren eveneens sprake van een toename van het aandeel van vrouwen; van 32% in 1992 tot 36% in 1996. Gezien het feit dat 55% van de apothekers in opleiding vrouw is, zal het percentage vrouwelijke apothekers in de toekomst verder toenemen.

Leeftijd

Met betrekking tot de leeftijdsopbouw van de medische beroepsbeoefenaren moet worden geconstateerd dat vooral de specialisten gekenmerkt worden door relatief een relatief oudere leeftijdsopbouw, circa 20% van de *geregistreerde* specialisten is ouder dan 54 jaar. Binnen de andere beroepsgroepen ligt het percentage aanmerkelijk lager. Met name de verloskundigen worden gekenmerkt door een relatief jonge leeftijdsopbouw, slechts 5% is ouder dan 54 jaar.

Figuur 5.1.: Percentage medisch beroepsbeoefenaren ouder dan 54 jaar, uitgesplitst naar beroep, per 31 december 1995



Deeltijd

In 1996 is, in opdracht van het ministerie van VWS en de KNMG, door het NIVEL onderzoek verricht naar deeltijd werken onder artsen (Heiligers e.a., 1997). Aan dit onderzoek hebben acht specialismen deelgenomen: huisartsgeneeskunde, anaesthesiologie, inwendige geneeskunde, oogheekunde, orthopedische chirurgie, psychiatrie, arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in het aantal artsen dat in deeltijd werkt binnen de verschillende specialismen en om te achterhalen welke factoren het in deeltijd werken binnen de onderzochte beroepsgroepen bemoeilijken.

Bij huisartsen blijkt gemiddeld 30% in deeltijd te werken, dat wil zeggen 27% van de zelfstandig gevestigde huisartsen en 95% van de huisartsen in dienst van een andere huisarts. Binnen de groep klinisch specialisten werkt 26% in deeltijd, waarbij oogartsen met 46% en psychiaters met 40% het hoogst scoren. Bij anaesthesiologen (16%), internisten (12%) en orthopedisch chirurgen (8%) ligt het percentage deeltijdwerkers aanzienlijk lager. Van de sociaal-geneeskundigen heeft 50% een deeltijdbaai. Dit geldt met name voor de jeugdartsen, van wie 83% in deeltijd werkt.

5.2.3 Opleiding

Het aantal aanmeldingen bij de medische opleidingen is traditioneel veel groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Vandaar dat voor de initiële opleiding geneeskunde nog steeds een numerus fixus van kracht is. In 1994 werd deze verhoogd van 1.485 tot 1.686. Gezien de druk op de arbeidsmarkt heeft er in 1996 wederom een verhoging plaatsgevonden tot 1.750. Dit aantal zal ook gelden voor 1997. Het Ministerie van VWS heeft overigens aan het Ministerie van OC&W geadviseerd om voor het studiejaar 1998/1999 de toelatingscapaciteit op te hogen tot 1.875.

Om het aantal beschikbare plaatsen zo eerlijk mogelijk te verdelen is jarenlang gebruik gemaakt van het systeem van gewogen loting. Dat houdt in dat iedere aanmelder, die gerechtigd is om de studie te volgen, een lotingsnummer krijgt. De kans om ingeloot te worden is deels afhankelijk van de eindexamenresultaten: gegadigden met betere resultaten hebben weliswaar een grotere kans om ingeloot te worden, maar geen garantie daarop. In 1996 laaide de discussie over het lotingssysteem opnieuw op, nadat de Erasmus universiteit in Rotterdam had aangekondigd een student te zullen aannemen buiten het lotingssysteem om. Dat werd door de minister verboden, maar leidde wel tot nieuwe voorstellen om de toelating tot de medische faculteit in de toekomst anders te regelen.

Met betrekking tot de tandheelkunde geldt momenteel een numerus fixus van 210. Deze zal ook gelden voor het studiejaar 1996-1997. Volgens de NMT zal er met de huidige opleidingscapaciteit op termijn een tekort aan tandartsen gaan ontstaan (Bruers en Bronkhorst, 1997). Bij een ongewijzigd beleid zouden er omstreeks 2010 circa 1.000 tandartsen te weinig zijn om de verhouding tussen het aantal tandartsen en het aantal 'dentale' Nederlanders op het huidig niveau te handhaven.

5.2.4 Werkloosheid

Over het aantal werkloze medici zijn er op landelijke schaal nauwelijks gegevens beschikbaar. Een uitzondering hierop zijn de huisartsen. Uit de NIVEL-registratie van pasafgestudeerde huisartsen worden sinds 1974 jaarlijks gegevens gepresenteerd over het aantal praktijkzoekenden (NIVEL, 1996). Uit deze registratie blijkt dat binnen drie jaar na het voltooien van de opleiding bijna tweederde van de huisartsen een eigen praktijk heeft. Circa 25% van alle huisartsen die sinds 1974 de huisartsenopleiding heeft vol-

tooid is nooit aan de slag gegaan als huisarts. Daarbij moet worden aangetekend dat dit aantal in de laatste jaren teruggelopen is. Waarschijnlijk als gevolg van de uitbreiding van de opleidingsduur tot drie jaar in 1994, alsmede de bijbehorende zwaardere toelatingseisen (sollicitatieplicht), zijn het met name de meest gemotiveerden die tot de opleiding worden toegelaten. Van degenen die na de opleiding niet als huisarts aan de slag gaan is een groot deel (20%) in het buitenland werkzaam (tropenarts e.d.) of volgt een specialistenopleiding. Het aantal werkloze huisartsen is miniem.

Naast degenen die het zoeken naar een praktijk hebben opgegeven is ook een deel nog actief op zoek; per 31 december 1996 zijn dat er 585. Slechts 2% van deze groep is werkloos. De meesten zijn werkzaam als assistent-huisarts, als waarnemer of in een andere functie werkzaam als arts. Het aantal praktijkzoekende huisartsen is aanmerkelijk lager dan in het voorgaande jaar. Dit is grotendeels het gevolg van het feit dat de opleidingsduur in 1994 is verlengd tot drie jaar; derhalve kwamen er in 1996 geen huisartsen van de opleiding.

Ten aanzien van de medisch specialisten zijn er geen signalen die er op duiden dat er werkloosheid is. Dit wordt deels bevestigd door een aantal behoeftetermingstudies voor specialisten die in de afgelopen jaren zijn afgerond (NEI, 1996; Hingstman e.a., 1996; Van der Velden e.a., 1997).

De werkloosheid onder verloskundigen is minimaal. Uit de NIVEL-registratie van pasafgestudeerde verloskundigen blijkt zo'n 75% binnen twee jaar een eigen praktijk te hebben of als klinisch verloskundige aan de slag te zijn gegaan. Het overige deel werkt voornamelijk als waarneemster. Slechts 4% heeft geen werk.

5.3 Paramedische beroepen

5.3.1 Aantal werkzame personen

In totaal zijn er in 1996 in Nederland naar schatting ruim 31.000 paramedische beroepsbeoefenaren werkzaam. Hiervan zijn er circa 17.000 werkzaam in de extramurale gezondheidszorg. Het aantal extramuraal werkzamen is in de periode 1992-1996 met 5,7% toegenomen. Als vervolgens naar de afzonderlijke beroepsgroepen wordt gekeken, dan zijn er duidelijk verschillen. Het zijn met name de podotherapeuten en de ergotherapeuten die het snelst zijn gegroeid. Daarentegen zijn de beroepsgroepen logopedisten en diëtisten in de periode 1992-1996 in aantal afgenomen.

Weliswaar is het aantal fysiotherapeuten in de periode 1992-1996 met 2% toegenomen echter, als we de groei in de afgelopen twee jaar onder de loep nemen, dan is er sprake van een omslag. Tot op heden bleek dat de beroepsgroep jaarlijks met zo'n 200 à 300 personen toenam. Echter, in de periode 1994-1996 is het totale aantal met 32 personen afgenomen. De afname geldt zowel voor de vrijgevestigde fysiotherapeuten als voor degenen die in dienstverband werkzaam zijn. Een mogelijke oorzaak voor deze terugloop is het van kracht worden van de beperkende maatregelen fysiotherapie.

Tabel 5.2.: Aantal werkzame personen in paramedische beroepen in 1992 en 1996, per 31 december

	1992	1996	Index (1992 = 100)
Fysiotherapeuten (extramuraal)	11.400	11.669	102
Ergotherapeuten ¹	1.368	1.700	124
Logopedisten	3.559	3.359	93
Diëtisten	2.337	2.242	96
Mondhygiënist	1.178	1.375	117
Oefentherapeuten-Cesar	783	813	104
Oefentherapeuten-Mensendieck	853	850	100
Orthoptisten	268	274	102
Podotherapeuten	170	291	171
Radiologisch laboranten	8.340 ²	9.736 ²	117

¹ Schatting op basis van ledenaantal NVE.

² Aantal bij de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg geregistreerde radiologisch laboranten.

5.3.2 Achtergrondkenmerken

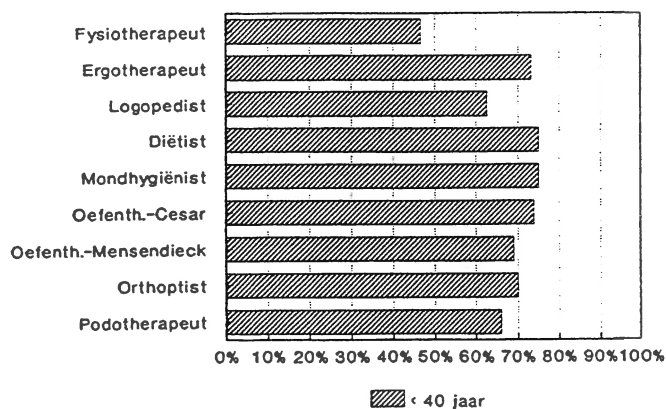
Geslacht

Paramedische beroepen worden overwegend door vrouwen uitgeoefend. Gemiddeld zijn twee op de drie (66%) paramedici vrouw. Voor de meeste beroepen geldt zelfs dat meer dan 90% vrouw is. Alleen bij de fysiotherapeuten (48%) ligt het percentage vrouwen lager.

Leeftijd

De paramedische beroepsgroepen worden, voorzover daarover gegevens beschikbaar zijn, in het algemeen gekenmerkt door een relatief jonge leeftijdsopbouw (zie figuur 5.2). Voor de meeste beroepsgroepen geldt dat rond 70% jonger is dan 40 jaar. Alleen binnen de groep fysiotherapeuten ligt dit percentage aanzienlijk lager (47%).

Figuur 5.2.: Percentage paramedische beroepsbeoefenaren jonger dan 40 jaar, uitgesplitst naar beroep, per 31 december 1996



Deeltijd

In de paramedische beroepen wordt relatief veel in deeltijd gewerkt, maar er zijn grote onderlinge verschillen. Circa 52% van alle fysiotherapeuten werkt meer dan 32 uur per week. Gemiddeld werkt een fysiotherapeut in de eerste lijn 31,5 uur per week. Vergeleken met cijfers uit 1995 (32,7 uur) is de duur van de gemiddelde werkweek in de afgelopen twee jaar licht afgenomen. Overigens zijn er ten aanzien van de duur van de gemiddelde werkweek grote verschillen tussen fysiotherapeuten die een eigen praktijk hebben (34,4 uur) en fysiotherapeuten die in loondienst werken (23,9 uur). Van de logopedisten en ergotherapeuten werkt rond de 72% minder dan 32 uur per week en van de mondhygiënisten zelfs 83%.

5.3.3 Opleiding

Voor de meeste paramedische beroepsgroepen geldt een capaciteitsfixus (zie tabel 5.3). Uit de tabel kan worden afgelezen dat voor wat betreft de ergotherapeuten en de mondhygiënisten de capaciteitsfixus naar beneden is bijgesteld. Voor de overige beroepsgroepen worden geen veranderingen verwacht.

Tabel 5.3.: *Arbeidsmarktfixus en capaciteitsfixus in de periode 1992-1998*

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Fysiotherapie	<u>1.000</u>	1.151	<u>1.054</u>	<u>1.054</u>	1.054	1.054	
Ergotherapie	<u>140</u>	175	330	390	390	360	360
Logopedie	<u>283</u>	293	<u>293</u>	<u>293</u>	293		
Mondhygiëne	120	144	144	174	183	175	
Oefentherapie-Cesar	75	75	75	75	nvt	100	
Oefentherapie-Mensendieck	75	75	75	75	nvt	nvt	
Orthoptie	25	25	25	25	25	25	
Podotherapie	35	35	35	35	50	50	

Bron: VWS.

5.3.4 Werkloosheid

In tabel 5.4 is voor een viertal beroepen zowel de intredewerkloosheid als het aandeel werklozen één jaar na afstuderen vanaf 1992 weergegeven. In de eerste plaats kan hieruit worden afgeleid dat in 1996 zowel bij de fysiotherapie als de logopedie de intredewerkloosheid is afgenomen. Daarentegen is sprake van enige stijging bij de diëtisten. Een opvallend gegeven is dat het werkloosheidscijfer na een aantal jaren van een dalende tendens, in 1996 zowel voor het HBO in totaal als voor het Hoger Gezondheidsonderwijs is toegenomen. We zien deze stijging terug bij de fysiotherapie. In 1996 heeft 10% van de afgestudeerden één jaar na afstuderen nog geen baan als fysiotherapeut. Opvallend is de sterke daling van het werkloosheidscijfer van diëtisten van 10% in 1995 naar 2% in 1996.

Tabel 5.4.: Arbeidsmarktpositie afgestudeerden paramedische HBO-richtingen één jaar na afstuderen vanaf 1992

	Intredewerkloosheid ¹					Werkloos ²				
	1992	1993	1994	1995	1996	1992	1993	1994	1995	1996
Fysiotherapie	48%	47%	51%	50%	41%	18%	18%	13%	7%	10%
Ergotherapie	36%	37%	39%	39%		4%	1%	-	-	
Logopedie	63%	65%	56%	48%	44%	14%	9%	6%	-	6%
Diëtetiek	30%	51%	47%	36%	41%	5%	7%	10%	10%	2%
Totaal HGZO ³	30%	35%	32%	25%	21%	6%	7%	4%	2%	4%
Totaal HBO	41%	41%	40%	38%	32%	11%	12%	9%	6%	7%

¹ Intredewerkloosheid: periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

² Werkloos: afgestudeerden die 1 jaar na afstuderen geen baan hebben.

³ Hoger Gezondheidszorgonderwijs.

Bron: HBO-Monitor.

5.4 Verplegende en verzorgende beroepen

5.4.1 Aantal werkzame personen

In ons land waren in 1995 371.400 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal werkzamen in de particuliere sfeer is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkzamen volgens dezelfde definitie 329.300. In vijf jaar tijd nam het aantal werkenden in verpleging en verzorging met 42.100 toe, oftewel met 12,8%. Deze groei wijkt nauwelijks af van die we bij het totaal aantal werkzamen in de zorgsector aantreffen.

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent het inservice-onderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen. In bovenstaande gegevens zijn deze leerlingen meegerekend. In het navolgende zullen ze verder niet meegenomen worden.

Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1995 sterker gestegen, namelijk met 16,8%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen (zie paragraaf 5.4.3).

Alle onderscheiden hoofdsectoren laten tussen 1990 en 1995 een groei van het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.

De ouderenzorg kende een groei van bijna 16.000 werknemers (zie tabel 5.5). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met 12.000 werkzamen; de ziekenhuiszorg met ruim 8.500. De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn evenwel relatief gezien sterker groeiende sectoren. Dit blijkt wanneer de groei wordt geïndexeerd (1990=100). Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging nam in de gehandicaptenzorg in vijf jaar tijd met 37% toe; in de geestelijke gezondheidszorg met 25%.

Tabel 5.5.: Aantal werkzame personen in verplegende en verzorgende beroepen in 1990 en 1995, per 31 december

	1990	1995	Index (1990 = 100)
Ziekenhuiszorg	58.300	67.157	115.2
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.349	125.2
Gehandicaptenzorg	22.670	31.091	137.1
Ouderenzorg	80.823	96.683	119.6
Thuiszorg	117.032	129.208	110.4
Totaal (inclusief overig)	298.253	348.291	116.8

Bron: V.d. Windt e.a., 1997.

5.4.2 Achtergrondkenmerken

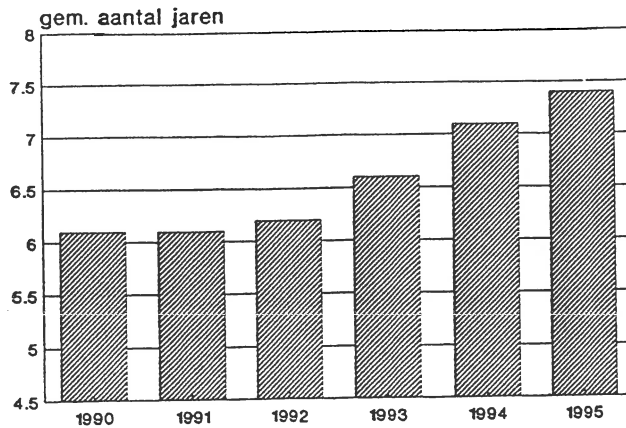
Leeftijd en geslacht

Het aandeel vrouwen in de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden is groot. In 1994 was 90% vrouw. Het aandeel loopt uiteen van tweederde in de psychiatrische ziekenhuizen tot 98% in de gezinszorg.

De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere beroepsgroepen en sectoren lijken. Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand in de verpleging en verzorging. Zo nam in de intramurale gezondheidszorg in vier jaar tijd (1991-1995) de gemiddelde leeftijd met 1,6 jaar toe (van 31,7 tot 33,3) tegen 1,1 jaar bij de totaal beroepsbevolking in ons land (V.d. Windt e.a., 1997).

Als gevolg van de daling van zowel het verloop als de instroom (zie paragraaf 5.4.3) is het aantal jaren dat verplegenden en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever toegenomen. In de intramurale gezondheidszorg nam tussen 1992 en 1995 het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 6,2 jaar tot 7,4 jaar. In 1995 loopt de duur van het gemiddelde dienstverband uiteen van 6,4 jaar in verpleeghuizen tot 8,6 jaar in ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens stabiel in de tijd.

Figuur 5.3.: Gemiddelde lengte dienstverband van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg vanaf 1990



Bron: LKG.

Deeltijd

In de zorgsector werken veel mensen part-time. Dit betekent dat er veel meer mensen nodig zijn dan het aantal volledige banen dat beschikbaar is. De verhouding tussen aantal personeelsleden en volledige arbeidsplaatsen wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en stijgt nog steeds (zie tabel 5.6).

Tabel 5.6.: De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar hoofdsector in 1990 en 1995

	1990	1995
Ziekenhuiszorg	131	141
Geestelijke gezondheidszorg	126	133
Gehandicaptenzorg	131	145
Ouderenzorg	143	157
Thuiszorg	234	274
Totaal ¹	162	178

¹ Inclusief overig.

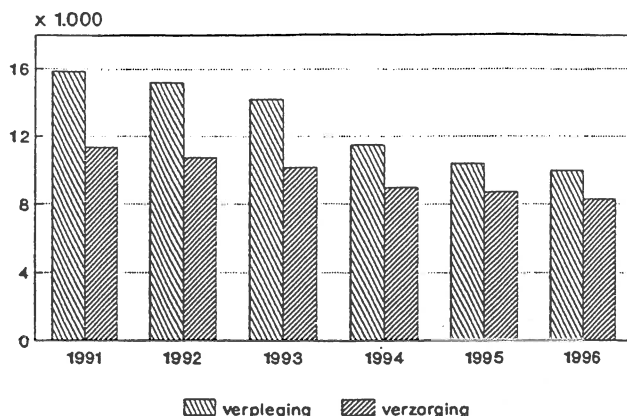
Bron: V.d. Windt e.a., 1997.

Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1995 bedraagt dit benodigd aantal 178. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfa-hulpen die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.

5.4.3 Opleiding

Zowel bij het verplegend als het verzorgend onderwijs doet zich sinds 1992 een daling van de instroom voor: zie figuur 5.4. De geringere vraag naar nieuw personeel als gevolg van het langer uitoefenen van het beroep door het zittend personeel speelt hierin een belangrijke rol.

Figuur 5.4.: Instroom in onderwijs verpleging en verzorging vanaf 1991 (x 1.000)



Binnen de instroom vindt er een accentverschuiving plaats: het aandeel dagonderwijs wordt steeds groter. Vooral in het verzorgend onderwijs is de terugval van het leerlingwezen sterk. Daarbij geldt nu al dat het de vraag is of het huidige niveau van instroom voldoende is om het gekwalificeerde personeel adequaat te kunnen vervangen bij vertrek. Overigens wordt sinds 1995 ook via contractonderwijs specifiek voor de thuiszorg opgeleid. De omvang hiervan benadert inmiddels die van het OVDB-onderwijs.

De komst van een nieuw onderwijsstelsel per 1 augustus 1997 werpt zijn schaduw reeds vooruit. De nieuwe kwalificatiestructuur roept vraagstukken op als wat is de gewenste personeelssamenstelling en welke opleidingscapaciteit is wenselijk. Over feitelijke beslissingen hieromtrent is nog niet veel bekend. Zorg- en onderwijsinstellingen zijn hierover nog volop in de slag.

Wel is er informatie beschikbaar uit een aantal beroepskrachtenplanningsprojecten. Het gaat om 17 regio's voor de intramurale zorg en 8 van de verzorgingshuizen. Daar valt uit af te leiden dat het aantal plaatsen dat in 1997 voor de beroepsbegeleidende leerweg (leren/werken) volgens de plannen beschikbaar komt iets lager uitkomt dan het aantal inservice-plaatsen en het aantal plaatsen in het leerlingwezen van 1994, maar iets hoger dan het vergelijkbare aantal in 1996. In de gehandicaptenzorg loopt het aantal plaatsen al veel langer terug. Dit heeft te maken met een verschuiving van verplegend en verzorgend naar meer agogisch opgeleid personeel, die in deze sector ingezet is.

Een neerslag van de discussie rond de gewenste personeelssamenstelling is te zien in tabel 5.7. Het nieuwe stelsel kent een aantal kwalificatieniveaus: niveau 2 is vergelijkbaar met helpenden, 3 (verzorgenden), 3 IG (ziekenverzorgenden), 4 en 5 (verpleging). Voor de intramurale gezondheidszorg en de verzorgingshuizen in hun totaliteit zien we een wat grotere differentiatie optreden als de plannen verwezenlijkt worden. Kwalificatieniveau 5 neemt toe en 4 af. Op niveau 2 zien we een lichte toename.

Tabel 5.7.: De huidige en gewenste personeelssamenstelling in termen van het nieuwe opleidingsstelsel (intramurale gezondheidszorg en verzorgingshuizen)

Niveau	1995	2000
5	11,5	14,2
4	45,6	42,5
3 IG	27,2	27,3
3 (verzorgend)	11,2	10,9
2	4,3	5,0
Totaal	100,0	100,0

Bron: Voorlopige uitkomsten RegioMarge.

In de verschillende sectoren tekenen de volgende tendenties zich af in de personeelssamenstelling wanneer we kijken naar de personeelsplanningsprojecten.

In de ziekenhuizen typeert men een ruime meerderheid van het verplegend en verzorgend personeel op kwalificatieniveau 4. Voor de komende jaren verwacht men een toename van gekwalificeerden op niveau 5. Tegelijkertijd is er een lichte toename van personeel niveau 3 IG te verwachten. Men zou kunnen spreken van een meer gedifferentieerde personeelssamenstelling, waarbij niveau 4 wat minder dan nu de boventoon voert.

In de psychiatrische ziekenhuizen overweegt ook kwalificatieniveau 4. Voor de komende jaren verwacht men een toename van niveau 5. Dit gaat ten koste van niveau 4; personeel op kwalificatieniveau 3 IG weet zich min of meer te handhaven.

Bij de instellingen voor gehandicaptenzorg kent men van oudsher een gedifferentieerd personeelsbestand. Naast verpleegkundig opgeleiden werkt men ook veel met agogisch opgeleiden, met name gaat het dan om MDGO-SPW en in mindere mate op HBO-niveau opgeleiden. De agogische opgeleiden zagen vooral de afgelopen jaren hun aandeel en aantal toenemen. Volgens de regio's zet deze toename zich nog voort. Naast de verschuiving van verplegend/verzorgend naar agogisch opgeleiden doet zich binnen verpleging en verzorging ook een verschuiving voor naar niveau: het aantal verplegenden op niveau 4 neemt af, maar dit komt ook ten goede aan niveau 5 en niveau 3 (zowel verzorgend als IG).

Vormden bij de voorgaande sectoren verplegenden van niveau 4 de hoofdmoot, in de verpleeghuizen neemt niveau 3 IG die rol voor zijn rekening.

Naar de toekomst gekeken stellen we een lichte toename van niveau 5 vast en een sterke toename niveau 2 en 3 verzorgenden.

De verzorgingshuizen kennen de meest gedifferentieerde personeelssamenstelling van de hier besproken sectoren. De toekomstverwachting is dat de verscheidenheid nog verder zal toenemen. Men voorziet vooral een toename van niveau 3 IG en een lichte toename bij de niveaus 4 en 5. Een en ander gaat ten koste van niveau 3 verzorgenden. Een vraag die ook bij de andere sectoren gesteld kan worden, maar die zich hier veel dringender voordoet is in hoeverre een dergelijke zorginhoudelijk gewenste operatie financieel haalbaar is.

5.4.4 Etniciteit

Hoewel het aantal allochtonen dat werkzaam is in de zorg groeit, blijft de zorgsector in verhouding (nog) achter bij de totale arbeidsmarkt (zie tabel 5.8). Het vereiste scholingsniveau (zie hoofdstuk 2) speelt daarbij ongetwijfeld een belangrijke rol. In tabel 5.8 worden hierover enkele resultaten gepresenteerd.

Tabel 5.8.: Enkele gegevens rond kwalificatieniveau en arbeidsdeelname van allochtonen

	Landelijk totaal	Grote steden
Allochtonen als % van de beroepsbevolking	9,0	17,4
% allochtonen in beroepsbevolking met VBO- of MAVO	1,6	3,5
% allochtonen in beroepsbevolking met tenminste MBO of HAVO	0,9	2,3
Werkzame allochtonen, gepercenteerd naar totale beroepsbevolking	4,0	9,8

Bron: TOPAZ, 1995.

De instroom van allochtonen in de zorgsector neemt wel toe. De toepassing van de STIPUD-regeling bij instellingen vallend onder de CAO-Ziekenhuiswezen laat jaar op jaar een groei van het aantal allochtonen zien (zie tabel 4.9). De instroom in het leerlingwezen laat weliswaar geen groei zien, maar binnen het dalend aantal leerlingen blijft het aandeel allochtone leerlingen conform de WBEAA (en daaraan voorafgaande BVL-minderhedencomponent) gelijk (zie tabel 5.9).

Tabel 5.9.: Instroom van allochtone leerlingen in het leerlingwezen vallend onder de OVDB

	1992	1993	1994	1995	1996
Aantal allochtonen conform WBEAA of regeling BVL-minderhedencomponent	997	1.121	1.159	1.024	862
Aandeel in totaal (%)	9	11	14	14	13

Bron: OVDB.

Naast de directe instroom van allochtonen in de zorgsector kunnen we ook nagaan in welke mate allochtonen onderdeel uitmaken van dagopleidingen die relevant zijn voor de zorgsector. Wat betreft het dagonderwijs zijn er alleen gegevens over het aandeel allochtonen in de uitstroom bekend. VBO en MBO-kort dienstverlening/verzorging kennen een iets boven gemiddeld aandeel allochtonen in de uitstroom van schoolverlaters. Hetzelfde geldt voor de MBO assisterenden in de gezondheidszorg. De MBO opleidingen verpleging en verzorging daarentegen kennen een gering aandeel allochtonen onder hun schoolverlaters (ROA, 1996).

5.4.5 Werkloosheid

Afgestudeerden aan de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen hebben goede arbeidsmarktperspectieven (tabel 5.10). De intredewerkloosheid voor de HBO-V ligt ook in 1995 onder het gemiddelde van alle HBO-opleidingen in Nederland (respectievelijk 27% en 38%). Naast een daling van de intredewerkloosheid van HBO-V afgestudeerden is ook het uiteindelijke werkloosheidspercentage verder gedaald.

Een, zij het lichtere, afname van de intredewerkloosheid geldt ook voor de afgestudeerden MDGO-VP en MDGO-VZ. Ook voor deze afgestudeerden geldt dat één jaar na afstuderen nog slechts weinigen, respectievelijk 1% en 3%, een werkloosheidsstatus heeft.

Tabel 5.10.: Arbeidsmarktgegevens gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen één jaar na afstuderen vanaf 1992

	Intredewerkloosheid ¹				Werkloos ²			
	1992	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995
MDGO-verpleegkunde	18%	25%	37%	35%	2%	2%	5%	1%
MDGO-verzorging	17%	25%	30%	26%	2%	2%	5%	3%
MBO-Nederland totaal	23%	30%	31%	26%	4%	4%	8%	7%
HBO-verpleegkunde (vt/dt)	25%	33%	38%	27%	3%	6%	4%	2%
HBO-maatschappelijke gezondheidszorg	20%	26%	23%	16%	3%	2%	2%	-
HBO-Nederland totaal	41%	41%	40%	38%	11%	12%	9%	6%

¹ Intredewerkloosheid periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

² Werkloos: afgestudeerden die één jaar na afstuderen geen baan hebben.

Bron: ROA.

5.5 Assisterende beroepen

5.5.1 Aantal werkzame personen

Volgens de Enquête Beroepsbevolking van het CBS zijn er in 1996 circa 37.000 personen werkzaam in de assisterende beroepen. Dit aantal is over de periode 1992-1996 met circa 9% is toegenomen. Meer dan een derde deel van alle assisterende beroepsbeoefenaren bestaat uit apothekersassistenten. Met name deze beroepsgroep is in deze periode in aantal sterk in omvang toegenomen (20%). De medisch analisten en operatie-assistenten kennen over de genoemde periode lagere groeicijfers; respectievelijk 11% en 6%.

5.5.2 Achtergrondkenmerken

Geslacht

Assisterende beroepen worden vrijwel uitsluitend door vrouwen uitgeoefend.

Leeftijd

Werkzamen in de assisterende beroepen zijn relatief jong. Een ruime meerderheid is jonger dan 35 jaar. Van de apothekersassistenten is zelfs 65% jonger dan 35 jaar.

Deeltijd

Van de apothekersassistenten in de openbare apotheek werkt 55% part-time. De gemiddelde werkweek bedraagt 27,6 uur. Mannelijke apothekersassistenten werken weliswaar vaker full-time (89%) dan part-time (11%), maar hun aantal is zo klein, dat dit nauwelijks invloed heeft op de gemiddelde omvang van de werkweek van alle apothekersassistenten. De gemiddelde werktijd van praktijkassistenten van huisartsen is eveneens 28,6 uur per week.

Tandartsassistenten werkten in 1995 gemiddeld 27,7 uur per week. Van operatie-assistenten en medisch analisten zijn geen gegevens over de verdeling full-time/part-time bekend, er kan alleen een personen/arbeidsplaatsen-ratio berekend worden. Voor operatie-assistenten bedroeg deze in 1994 1,25 en voor medisch analisten 1,26.

5.5.3 Opleiding

Werkzamen in assisterende beroepen kunnen op verschillende manieren worden opgeleid. MDGO-scholen leveren het grootste aantal afgestudeerden: 87% van de apothekersassistenten, 45% van de praktijkassistenten en 28% van de tandartsassistenten. Verder blijkt dat 13% van de apothekersassistenten via een staatsexamen het diploma heeft gehaald. Van de praktijkassistenten heeft 33% het diploma gehaald via een particulier instituut en 8% heeft geen officiële opleiding gevolgd maar het vak in de praktijk geleerd. Van de tandartsassistenten heeft zelfs 56% uitsluitend ervaring opgedaan in de praktijk, terwijl 12% een diploma gehaald heeft via een particulier instituut. Apothekersassistenten kunnen ook een voortgezette opleiding volgen. Jaarlijks behalen tussen de 350 en 450 personen dit diploma.

Met betrekking tot de operatie-assistenten kan worden geconstateerd dat in 1996 de instroom aanmerkelijk hoger is (340) dan in de afgelopen jaren; in 1994 bedroeg de instroom 186. Ook voor de medisch analisten geldt dat de instroom in 1996 aanmerkelijk hoger ligt dan in voorgaande jaren. Dat geldt met name voor de HLO.

5.5.4 Werkloosheid

Over de werkgelegenheid voor assisterenden zijn weinig specifieke gegevens voorhanden. Voor wat betreft de apothekersassistenten kan worden geconstateerd dat het aantal werkzoekenden tot en met 1995 jaarlijks is toegenomen, maar in 1996 licht is gedaald tot 1.283. Ten aanzien van de MDGO-afgestudeerden (ongedifferentieerd) heeft 59% in 1995 binnen een maand na afsluiting van de opleiding een baan, 22% was 1 tot 3 maanden werkzoekend en 19% zocht reeds langer dan drie maanden. Anderhalf jaar na afstuderen had 76% een betaalde baan.

5.6 Beroepen op grensvlak van zorg en welzijn

In deze Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector is uiteraard een grens getrokken welke sectoren tot de zorg gerekend worden en welke niet. Op het terrein van de welzijnssector zijn er ook een aantal functies en beroepen die dicht tegen de zorgsector aanliggen. In dat verband spreekt men ook wel van zorggerelateerde functies. De statistische informatie over de welzijnssector is echter aanmerkelijk minder goed ontwikkeld dan in de zorgsector, hoewel zich in dit opzicht wel een aantal gunstige ontwikkelingen aftekent.

Om een beeld te krijgen van het grensvlak van zorg en welzijn hebben we gegevens over aantallen beroepsbeoefenaren naast elkaar gezet. Voor deze rapportage beperken we ons tot een overzicht van groepen van beroepen. We baseren ons wat betreft de indeling op de proeve van een beroepenstructuur (NIZW, 1992) en de activiteiten van het Platform Kwalificatiebeleid zorg en welzijn.

De door hen onderscheiden beroependomeinen kunnen we zien als clusters van beroepen en functies met soortgelijk beroepsmatig handelen. In de sector Zorg en Welzijn wordt er een vijftal beroependomeinen onderscheiden. Voor een uitgebreide typering

kan verwezen worden naar het NIZW (1992). Passen we een soortgelijke systematiek toe op de gezondheidszorg dan komen we tot de acht in tabel 5.11 genoemde beroependomeinen. De voor de gezondheidszorg gehanteerde indeling is er één die we in veel publikaties terug zien (Nota's Beroepskrachtenplanning van WVC, eerdere Rapportages Arbeidsmarkt Zorgsector, Wegwijzer Gezondheidszorgberoepen en opleidingen).

Een indruk van de omvang van het aantal werkzamen in de verschillende beroependomeinen in de zorgsector ontlenen we aan het ROA (1994, 1996). Voordeel van deze bron is dat er geen dubbeltellingen in voorkomen: op één databron met algemene gegevens (de Enquête BeroepsBevolking van het CBS) is één indeling van beroepen toegepast, waarmee de totale beroepsbevolking in ons land gekarakteriseerd is. Een nadeel is dat sommige door het ROA gehanteerde indelingen vrij grof zijn en daarmee onvoldoende recht doen aan de beroepenstructuur van de zorgsector. Een en ander is op steekproefonderzoek gebaseerd en derhalve zijn vergaande verfijningen uitgesloten.

Tabel 5.12.: *Raming van het aantal beroepsbeoefenaren per domein*

Beroependomein	Gemiddeld 1989-1993	Gemiddeld 1994-1995
Sociaal-cultureel werk		
Maatschappelijk werk	62.000	71.000
Sociaal-pedagogisch werk		
Verzorging	116.000	125.500
Verpleging	225.000	237.000
Assisterenden in de gezondheidszorg	64.000	68.000
Paramedisch werk	61.000	56.500
Medisch werk	43.000	44.500
Totaal	571.000	602.500

Bron: ROA.

Om en nabij 600.000 beroepsbeoefenaren (personen) in de zorgsector kunnen we als sectorspecifiek omschrijven¹. Volgens het CBS waren er in 1995 rond de 809.000 personen werkzaam in de gezondheids- en welzijnzorg. Men kan dus stellen dat circa driekwart van het personeel in deze sectoren een sectorspecifiek beroep uitoefent.

De omvang en diepte van de informatie per beroependomein varieert zelfs volgens de zeer globale ROA-systematiek enorm. Zo is alleen van de eerste drie beroependomeinen gezamenlijk bekend om hoeveel beroepsbeoefenaren het gaat. Pas met een nieuwe indeling van de beroepen van het CBS is een verdere verfijning aan te brengen (ROA, 1995-interim-rapport). Verpleging en verzorging vormen de grootste beroependomeinen waar het het aantal beroepsbeoefenaren betreft. Samen vormen deze twee domeinen een ruime meerderheid onder het sectorspecifieke personeel.

De grootste overlap tussen zorg en welzijn treffen we waarschijnlijk aan bij het beroependomein sociaal-pedagogisch werk. Volgens het NIZW (1996) behoort een groot aantal functies uit de CAO's van de sector zorg en welzijn tot het beroependomein van het sociaal pedagogisch werk. De functies komen zowel in de gehandicaptenzorg,

¹ Wanneer het gaat om inservice-opleidingen of het leerlingenstelsel zijn de leerlingen in deze aantallen opgenomen.

jeugdhulpverlening, welzijnswerk als bejaardenhuizen en gezinsverzorging voor. Ook hier geldt dat de aantallen onbekend zijn, uitgezonderd tot op zekere hoogte degenen die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg.

Waar er in de (para)medische en verpleegkundige beroepen een vrij strakke band bestaat tussen opleiding en functie is deze veel losser in de beroependomeinen van sociaal-cultureel, maatschappelijk en sociaal-pedagogisch werk.

Waar er in de welzijnssector sprake is van zorggerelateerde functies is op grond van bestaand statistisch materiaal niet aan te geven. De gepresenteerde aantallen beroepsbeoefenaren per beroependomein doen vermoeden dat in verhouding tot het aantal werkzamen in de zorgsector dit aantal zorggerelateerde functies beperkt zal zijn.

Een ander invalshoek is die van de opleidingen. Tabel 5.13 geeft een beeld van het aantal werkenden met een voor de zorg- en welzijnssector relevante vooropleiding. Gezien het grote aantal personen zal duidelijk zijn dat een gedeelte van hen nu buiten de zorg- en welzijnssector werkzaam is. Dit geldt met name voor verzorgend opgeleiden. Zij zijn vaak werkzaam in detailhandel en horeca. In een aantal gevallen zal de opleiding ook mede gericht zijn op werkzaamheden buiten de zorg- en welzijnssector.

Tabel 5.13.: Het aantal werkenden naar (zorg)opleiding

		Gemiddeld 1989-1993	Gemiddeld 1994-1995
Niveau:	Richting:		
VBO	verzorging	206.000	198.500
MBO	verzorging	212.000	214.500
	verpleging en medische assistentie	177.000	196.500
	sociaal cultureel	45.000	56.000
	medisch laboratorium	24.000	27.000
HBO	medisch laboratorium	19.000	20.500
	verpleging en paramedisch	80.000	84.000
	sociaal cultureel	108.000	122.000
WO	dier-, genees- en tandheekunde	48.000	55.000
Totaal		919.000	974.000

Bron: ROA.

6 INFORMATIEVOORZIENING

6.1 Beroepen

De informatievoorziening omtrent het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door grote verschillen in zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de gegevens die beschikbaar zijn. Voor een beperkt aantal beroepsgroepen zijn er continue aanbodregistraties beschikbaar (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten). Op basis van dit soort registraties is het mogelijk op elk willekeurig tijdstip een overzicht te presenteren over de meest uiteenlopende aanbodgegevens (aantallen, kenmerken, spreiding etc). Voor de meeste beroepen moet echter een beroep gedaan worden op ledenadministraties van de beroepsverenigingen of moet gebruik gemaakt worden van resultaten uit ad-hoc onderzoeken. Veelal zijn dit soort bronnen niet specifiek toegesneden om gebruikt te worden voor aanbodstudies. Een deel van de werkzamen is bijvoorbeeld geen lid van een beroepsvereniging en niet alle leden zijn daadwerkelijk werkzaam. Een en ander houdt in dat voor vele beroepsgroepen niet exact kan worden aangegeven hoeveel er personen werkzaam zijn en wat enkele achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht etc) zijn.

Medische beroepen

Voor huisartsen en verloskundigen is gebruik gemaakt van aanbod-registraties die het NIVEL reeds jaren over deze twee beroepsgroepen bijhoudt. Voor wat betreft de apothekers en tandartsen is gebruik gemaakt van gegevens uit de ledenadministraties van respectievelijk de KNMP en de NMT. Deze beroepsverenigingen beschikken zowel over gegevens over leden als niet-leden.

In de RAZ 1997 is voor de eerste maal een poging gedaan om meer aanbodgegevens over specialisten boven tafel te krijgen. Voor een aantal gegevens geeft het nog steeds problemen om deze te verkrijgen.

Andere medische beroepsgroepen waarover de informatievoorziening kwalitatief minder is, zijn de sociaal-geneeskundigen en verpleeghuisartsen. Het blijkt vrijwel onmogelijk om exact te bepalen hoeveel van deze gekwalificeerde beroepsbeoefenaren op een bepaalde peildatum werkzaam zijn.

Tot slot moet worden geconstateerd dat het veel problemen kost om het aantal overige artsen boven tafel te krijgen. Deels heeft dit te maken met verschillende definities die worden gehanteerd door de diverse gegevensbronnen.

Paramedische beroepsgroepen

De paramedische beroepsgroep waarover de meeste aanbodgegevens beschikbaar zijn betreft de fysiotherapeuten werkzaam in de extramurale gezondheidszorg. Het NIVEL houdt sinds 1985 een registratie van fysiotherapeuten bij. Ten behoeve van deze registratie worden alle fysiotherapiepraktijken om de twee jaar geënquêteerd. Naast de extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn er ook veel fysiotherapeuten intramuraal werkzaam. Hoeveel dat er zijn is niet precies bekend, omdat over deze groep in het geheel geen gegevens verzameld worden.

Sinds 1996 zijn er ook over de beroepsgroep ergotherapeuten goede aanbodgegevens beschikbaar. Het NIVEL houdt in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Ergo-

therapie (NVE) sinds die datum een aanbodregistratie bij. Daartoe worden alle ergotherapeuten om de twee jaar schriftelijk geënquêteerd.

Met betrekking tot de overige paramedische beroepsgroepen moet voornamelijk gebruik gemaakt worden van gegevens uit de ledenadministraties.

Verplegende en verzorgende beroepen

In de verpleging en verzorging wordt het beroep in verreweg de meeste gevallen in dienstverband uitgeoefend. Deze informatie over deze categorie is afkomstig uit instellingen waar zij werkzaam zijn. De informatie over de verplegende en verzorgende beroepen is per sector echter ongelijksoortig. Is het in de thuiszorg en verzorgingshuizen mogelijk om allerlei subcategorieën te onderscheiden, in de intramurale gezondheidszorg ontbreekt deze mogelijkheid. Slechts via ramingen is de omvang van bepaalde subcategorieën (bijvoorbeeld A-verpleegkundigen) aan te geven.

De gegevens over het onderwijs zijn relatief goed. Bij de komende herziening van het verplegend en verzorgend onderwijs is het van essentieel belang dat de continuïteit gewaarborgd blijft.

Assisterende beroepen

De informatievoorziening over het aanbod van assisterende beroepen staat nog in de kinderschoenen. Een uitzondering hierop vormen de apothekersassistenten waarover door de KNMP jaarlijks overzichten worden gepubliceerd over zowel de aantallen als enkele kenmerken. Verder vindt door het NZI tweejaarlijks (operatie-assistenten) of driejaarlijks (medisch analisten) onderzoek plaats dat inzicht verschaft over aanbodgegevens betreffende deze beroepsgroepen. Helaas worden er nauwelijks gegevens verzameld over de kenmerken van deze twee beroepsgroepen. Voor wat betreft de tandartsassistenten moet gebruik gemaakt worden van ad-hoc onderzoeken die in 1990 en 1995 hebben plaatsgevonden. Op basis van deze ad-hoc onderzoeken is het niet mogelijk om alle kenmerken van deze beroepsgroep (retrospectief) in beeld te brengen.

Over de doktersassistenten in ziekenhuizen en de praktijkassistenten van huisartsen zijn geen gegevens voorhanden. Voor wat betreft de praktijkassistenten bij huisartsen heeft het NIVEL in het kader van de RAZ 1996 een steekproefonderzoek uitgevoerd. Een dergelijke inventarisatie zou in principe om de paar jaar herhaald moeten worden. Naast bovengenoemde gegevensbronnen worden ook door het CBS gegevens verzameld over het aantal assisterende beroepsbeoefenaren. Daartoe wordt gebruik gemaakt van de CBS Enquête Beroepsbevolking. Op basis hiervan kunnen alleen globale schattingen gemaakt worden over de aantallen. Over de kenmerken worden geen gegevens verzameld.

6.2 Voorzieningen

Wat voor de beroepen geldt, geldt ook voor de voorzieningen: de informatievoorziening wordt door de grote verschillen gekenmerkt.

Van oudsher zijn er relatief veel gegevens beschikbaar over instellingen die tot de intramurale gezondheidszorg behoren. Deze gegevensverzameling heeft een wettelijke grondslag (ex artikel 22 WZV). Voor een sectorgewijze benadering voldoen deze gegevens goed; door de verandering in de statistische categorieën in 1987 zijn echter gegevens over beroepsbeoefenaren nauwelijks meer te achterhalen.

Waar een dergelijk wettelijk kader en traditie ontbreken is de informatie schaarser voor handen. Twee soorten problemen spelen: de reikwijdte en de beschikbaarheid van informatie. Zo zijn de gegevens over personeel in verzorgingshuizen veel beperkter van aard. Het probleem van materiaal dat wel verzameld wordt, maar lastig beschikbaar komt, speelt bijvoorbeeld in de semimurale gehandicaptenzorg.

Beide problemen golden ook voor de thuiszorg. Sinds 1993 worden door het NZi ook de gegevens van de thuiszorginstellingen verzameld. De vooruitzichten dat de kwaliteit van de respons en de breedte van de vraagstelling verbeteren, wettigt de verwachting dat een informatiebron vergelijkbaar met die over de intramurale gezondheidszorginstellingen zal ontstaan.

Wat betreft de sector ambulancehulpverlening waren tot voor kort nauwelijks enige aanbodgegevens beschikbaar. In 1995 werd een eerste aanzet gegeven tot het verkrijgen van een gedegen overzicht van ambulancepersoneel door het verschijnen van het Adresboek Ambulancehulpverlening 1995. In 1996 kwam hierop een vervolg door het uitvoeren van het rapport 'Enquête Ambulancehulpverlening' (NAP, LVGGD, SOVAM, SOSA). In de RAZ 1996 is aan de uitkomsten van dit rapport uitvoerig aandacht besteed. Het is volgens de opstellers de bedoeling het onderzoek, dat de gehele sector in beeld brengt, tweejaarlijks te herhalen.

Het SIG houdt een registratie bij in het kader van de wet op het ambulancevervoer. Alle ambulancediensten zijn wettelijk verplicht om aan deze registratie mee te doen, maar in 1995 heeft 87% van de CPA's de gevraagde gegevens aangeleverd. Deze gegevens worden overigens niet gepubliceerd.

Op initiatief van de VCHC en HHS Uitgeverij verschijnt tweejaarlijks een adresboek ambulancehulpverlening, ook op basis van een registratie, maar niet verplicht. Volgens de samenstellers van het adresboek is hun gegevensbestand echter wel volledig omdat alle ambulancediensten vrijwillig aan de registratie meewerken.

6.3 Kanttekening externe dataleveranciers

De gegevens van de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) betreffen geregistreerde beroepsbeoefenaren 'werkzaam' en 'verblijvend in Nederland' per 31 december 1996. Wat geregistreerd wordt zijn de diploma's. Iemand die meer dan één diploma heeft staat dan ook meerdere keren geregistreerd. Sinds enige tijd is de Inspectie bezig met het opschonen van de gegevensbestanden door koppeling met gegevens uit het bevolkingsregister. Als gevolg daarvan zijn voor een aantal paramedische beroepsgroepen en de specialisten de cijfers over 1995 fors lager uitgevallen. Bij de medische beroepen lijkt dit te leiden tot een blijvend lager cijfer, terwijl bij de paramedische beroepen de cijfers over 1996 eerder in lijn zijn met die van 1994 dan met die van 1995. Het is mogelijk dat de cijfers over 1995 met betrekking tot de paramedische beroepen niet een telling zijn van het aantal registraties, maar van de respons op de enquête die gehouden is in het kader van het opschonen van de bestanden.

Vanwege aanpassingen in het bestand van de medisch specialisten is de inspectie dit jaar niet in staat om gegevens van medisch specialisten naar leeftijd en geslacht uit te splitsen.

6.4 Overleg met CBS

Voor de RAZ worden CBS-gegevens gebruikt die op verschillende bronnen zijn gebaseerd. Hierbij kunnen twee hoofdcategorieën worden onderscheiden, namelijk:

- a) Algemene statistieken inzake arbeid en lonen. Dit zijn:
 - Persoonsenquêtes: Enquête Beroepsbevolking (werknemers en zelfstandigen)
 - Bedrijfsenquêtes: Enquête Werkgelegenheid en Lonen (werknemers)
 - Arbeidsrekeningen: integratie van persoons- en bedrijfsenquêtes
 - Vacature-enquête;
- b) Sectorspecifieke enquêtes (productiestatistieken), die tevens informatie bevatten over werkgelegenheid en lonen. Onder de sectorspecifieke enquêtes horen de enquêtes die door CBS en NZi gezamenlijk worden uitgevoerd;
- c) Overige gegevens, zoals gegevens over opleidingen.

Van de sectorspecifieke enquêtes wordt in het algemeen weinig gebruik gemaakt bij het opstellen van de Arbeidsrekeningen; dit vanwege verschillen in begrippen en afbakening van populaties. Voor sommige sectoren worden ze vooral gebruikt voor de informatie die ze bevatten over het aantal zelfstandigen. In het algemeen zullen de gegevens van de sectorspecifieke enquêtes afwijken van de gegevens uit de algemene statistieken over arbeid en lonen.

De samenstellers van de RAZ zijn in overleg getreden met het CBS om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van verschillen tussen gegevens uit verschillende bronnen. In de RAZ 1997 zijn daarvan nog geen resultaten zichtbaar, maar een voortzetting van het overleg zal mogelijk voor de RAZ 1998 tastbare resultaten opleveren.

LITERATUUR EN BRONNEN

Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden (AWOB). **Bestedingsplan 1995**. Bunnik, 1995.

AWOZ. **Wegwijzer gezondheidszorg beroepen en opleidingen**. Utrecht, 1994.

Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG).

- **WW-registratie**, 1993-1996.
- **Ziekteverzuimcijfers**, 1992-1996.

Beer J. de. **Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing**. Maandstatistiek bevolking 97/1, p.6-12. CBS, 1997.

Beer J. de, C.J.M. Prins. **Bevolkingsontwikkeling in 1996: toename immigratie**. Maandstatistiek bevolking 97/3, p.6-10. CBS, 1997.

Bruers J.J.M., E.M. Bronkhorst. **Op weg naar een 'tandartsentekort'**. NT 52, 11, 1997, p.584-591.

Centraal Bureau voor de Statistiek CBS.

- **Statistiek van de verdiende lonen, diverse jaren**
- **Arbeidsrekeningen 1987-1996**
- **Enquête Beroepsbevolking (EBB) 1996**
- **Vacature enquête 1990-1996**
- **Gezondheidsenquête 1992-1996**
- **Statistiek van de thuiszorg, diverse jaren**
- **Onderwijsstatistieken 1992-1996**
- **Statistiek van de bejaardenoorden, 1992-1996**
- **Maandbericht gezondheidsstatistiek, diverse jaren**
- **Statistisch Jaarboek, diverse jaren**

Centraal Planbureau (CPB). **Centraal Economisch Plan**, 1996.

Commissie Modernisering Curatieve Zorg. **Gedeelde zorg: betere zorg**. Zoetermeer, 1994.

Ctsv/Lisv. **Kroniek van de sociale verzekeringen**, 1995-1996.

Driessen M.J., J. Dekker. **Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg**. Utrecht, NIVEL, 1994

Evers P.W., W. van der Windt. **Regiomarge**. Utrecht, NZi, 1995.

GAK. **Administratie GAK Nederland BV**. Amsterdam, 1997.

Grip A. de, E.J.T.A. Willems, J. Hoevenberg, P.J.E. van de Loo, A.G.M. Matheeuwsen. **Toekomstverkenning arbeidsmarkt zorgsector**. Maastricht. ROA, 1994.

Harmsen J., L. van der Velden, L. Hingstman. **Behoefteraming longartsen 1996-2010**. NIVEL, 1997.

HBO-Monitor. **De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroeps-
onderwijs**. Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, diverse jaren.

Heiligers Ph.J.M., L. Hingstman, J.T.C. Marrée. **Inventarisatie deeltijd werken onder
artsen**. Utrecht, NIVEL, 1997.

Hingstman L., J. Harmsen en R.A. Holl. **Behoefteraming kinderartsen 1995-2005**.
Utrecht, NIVEL, 1996.

Hingstman L. en J. Harmsen. **Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994**.
Utrecht, De Tijdstroom/NIVEL, 1994.

Hoving, P.G., A.M. Janssen: **Adresboek Ambulancehulpverlening 1995**. Grave, HHS
Uitgeverij, 1994

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)
- **Jaarverslagen, 1992-1996**

IGZ. **Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. 1991-
1996**

Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW):
Vermindering aantal ziekmeldingen. Oktober 1994.

Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW):
CAO's in Nederland. Den Haag, I.SZW, 1995.

Jong A.H. de. **Nationale Huishoudensprognose 1996: steeds minder paren zijn
gehuwd**. Maandstatistiek bevolking 97/5, p.18-27. CBS, 1997.

Kersten J.W.E.T., J. van der Zee, H.P.H. Abrahamse, H.J.M. Sixma. **Fysiotherapeu-
ten kijken vooruit!, deel 1: Beroep en beroepsuitoefening (concept)**. Utrecht,
NIVEL, 1997.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP)
- **Pharmaceutisch Weekblad, 1992-1996**
- **Ledenadministratie, 1997**

Kwartel A.J.J., L.V.R. Vandermeulen, D.M.J. Delnoy, J. Harmsen. **Brancherapport
Verpleging en Verzorging: feiten, ontwikkelingen en knelpunten**. Utrecht,
NZi/NIVEL 1994.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

- **Databank Thuiszorg** (LVT/NZi), diverse jaren.

Linssen J.A.C. **Opleiding van apothekersassistenten in beweging**. Pharmaceutisch Weekblad; 131, 3: p.83-87, 1996.

Linssen J.A.C. **Opleiding van apothekersassistenten in beweging**. Pharmaceutisch Weekblad, 131, p.83-87, 1996.

Manting D., E. Butzelaar. **Allochtonenprognose 1996-2015**. Maandstatistiek bevolking 97/3, p.30-46. CBS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

- **Zorg voor werk**. Den Haag, 1995.
- **Financieel Overzicht Zorg**, diverse jaren. Den Haag
- **Advies arbeidsmarktfixus geneeskunde**, juni 1997
- **Jaaroverzicht Zorg**. Den Haag, diverse jaren
- **Onderwijsstatistieken**, diverse jaren

Ministerie van SoZaWe: **Bestrijding langdurige werkloosheid**. Brief van 26 maart 1997, Den Haag.

NAP, LVGGD, SOVAM, SOSA. Rapport. **Enquête Ambulancehulpverlening, 1995**.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. **Beroepskrachtenvoorziening artsen, advies over de instroomcapaciteit voor de studiegeneeskunde**. Zoetermeer, 1994.

NcGv/NZi. **Jaarboek GGZ, geestelijke gezondheidszorg in getallen**. 1994-1997.

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden. **Hoe ziek is Nederland?** Amsterdam, 1995.

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector (NOVON)

- **Aanbodegegevens apothekersassistenten**, 1990-1994

Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG)

- **Ledenadministratie (RIAGG's in cijfers)**. Utrecht, 1991-1995
- **Personeel in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg**. Utrecht, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997
- **Resultaten Enquête Beroepsuitoefening mondhygiënisten**, 1995
- **Vacaturegegevens**, 1997

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)

- **Ledenadministratie**, 1992-1996
- **Verlag 'Project Kwaliteitsbeleid NVvO'**, 1995

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

- **Ledenadministratie**, 1992-1997

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). **Opereren is vooruitzien**. Utrecht, 1995.

Nederlandse Zorgfederatie (NZf/NZi). Gezondheidszorg in tel 2: **Overbrugging van de zorgkloof: handreiking van een ondernemende sector**. Utrecht, NZf/NZi 1994.

NEI. **De arbeidsmarkt van internisten**. Utrecht, NIV, 1996.

NIPG-TNO. **Het takenpakket van de tandartsassistent**, 1991.

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

- **Steekproefonderzoek inventarisatie praktijkassistenten huisartsen**, 1996
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde huisartsen**, 1992-1997
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen**, 1992-1997
- **Registratie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten**, 1992-1997
- **Registratie van gezondheidscentra**, 1992-1997
- **Registratie van ergotherapeuten**, 1996-1997

NIVEL/NZi. **Brancherapport curatieve somatische zorg**. Utrecht, 1996.

NIZW. **Proeve van een beroepenstructuur voor zorg en welzijn**. Utrecht, 1992.

NIZW. **Beroependomein Sociaal-cultureel werk**. Utrecht, 1996.

NIZW. **Beroependomein Sociaal-pedagogisch werk**. Utrecht, 1996.

NIZW. **Beroependomein Maatschappelijk werk**. Utrecht, 1996.

NMT. Afdeling Onderzoek & Informatievoorziening. **NMT-Peilstations: Mondhygiënisten en tandartsassistenten** (Omnibus-enquête 95-01). Nieuwegein, NMT, 1995.

NVH. **Ledenadministratie**, 1997.

NVZ. **Een precair evenwicht**, 1997a.

- NVZ. **Medisch lab en opleiding in balans?**, 1997b.
- NZi/NZF. **Gezondheidszorg in tel-3**. Utrecht, 1995.
- NZi/NZF. **Gezondheidszorg in tel-4**. Utrecht, 1996.
- NZi, **Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg**
- **Statistiek Personeelssterkte (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
 - **Financiële Statistiek (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
 - **Databank Thuiszorg (LVT/NZi)**, diverse jaren
 - **Evaluatie STIPUD-Regeling**, diverse jaren
 - **Loonkosten Gegevensbestand (LKG)**, diverse jaren
- OC&W. **Onderwijsstatistieken**, diverse jaren.
- Olieman R. e.a. **Zorg voor werk**. Den Haag, OSA, 1996.
- Olieman R. e.a. **Zorg voor werklozen**. OSA/NEI, 1996.
- OSA. **Arbeid in de zorgsector**. Integrerend OSA-rapport 1997.
- Paas G.R.A., R. Friele. **Plaats en functie van de diëtist**. Utrecht, NIVEL, 1996.
- Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995 (RAZ). **Deel 1: Hoofdrapport. Deel 2: Tabellenrapport**. NIVEL/NZi/OSA, 1995.
- Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996 (RAZ). **Deel 1: Hoofdrapport. Deel 2: Tabellenrapport**. NIVEL/NZi/OSA, 1996.
- Rijken P.M., heugten C.M. van, J. Dekker. **Brancherapport paramedische zorg**. Utrecht, NIVEL, 1996.
- ROA (1996). **Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1995**. Maastricht.
- ROA (1996). **De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2000**. Maastricht.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). **Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheid van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010**. Den Haag, SDU Uitgeverij, 1993.
- Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC). **Register sociaal-geneeskundigen**. 1992-1996.
- Specialisten Registratie Commissie (SRC)
- **Specialistenregister (inclusief opleidingsgegevens)**, 1991-1996
 - **Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van door de SRC erkende opleidingsinrichtingen**. Utrecht, diverse jaren
- Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA)
- **Achtergrondgegevens apothekersassistenten**, 1994

Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH)
- **Opleidingsgegevens huisartsen, 1992-1996**

Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (SPMA)
- **Aanbodgegegevens apothekersassistenten, 1990-1994**

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). **Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg.** Houten/Zaventhem. Bohn, Stafleu en Lochum, 1992.

Swinkels H. **Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie 1981-1994.** Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS), 1995, nr.5, p.4-14.

Velden L. van der, L. Hingstman, J. Harmsen. **Behoefteraming reumatologen 1997-2010.** Utrecht, NIVEL, 1997a.

Velden L. van der, L. Hingstman. **Behoefteraming gynaecologen 1996-2010.** Utrecht, NIVEL, 1997b (in druk).

Venema F.J. **Openbare farmacie in Nederland.** In: Farmacie in Nederland, thema-uitgave Pharmaceutisch Weekblad, 131, p.19-28, juni 1996.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)
- **Ledenadministratie, 1992-1996.**

Windt W. van der. **De arbeidsmarkt voor instellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg** Utrecht, NZi, 1993.

Windt, W. van der: **De stap van school naar lab.** Utrecht, NZi, 1994

Windt W. van der. **Opleidingscapaciteit radiologisch laboranten in beeld.** Utrecht, NVZ, 1996.

Windt W. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman. **Verplegenden en verzorgenden in kaart gebracht.** Tijdstroom/LCVV, 1997.

Ziekenfondsraad (ZFR). **Financieel Jaarverslagen 1992-1995.** Amstelveen.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoor- den
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
BVL-Component	Beroepsvoorbereidende Leerperiode
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COLP	Cluster Overleg Laboratorium en Procesindustrie Hogescholen
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Full-time equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GGD	Gemeentelijk Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
3 IG	Niveau 3 Individuele Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
I.SZW	Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegen- heid
IVA	Instituut voor Arbeidsmarktvaartstukken
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
JWG	jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Genees- kunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNV	Koninklijk Nederlands Vervoer
KRA	Kaderregeling Arbeidsinpassing
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LKG	Loonkosten-gegevensbestand (NZi).
LOPHR	Landelijk Overleg Paramedische Hoofden Radiotherapie
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD'en
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen

LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
LWW	Leerlingwezen
MBRT	HBO-Opleiding voor Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken
MLZA	Managementopleiding leidinggevende ziekenhuisapotheken
NAP	Nederlands Ambulance Platvorm
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NIV	Nederlandsche Internisten Vereeniging
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventie en Gezondheid (momenteel TNO Preventie en Gezondheid)
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NOVON	Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NVvz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
RBRL	Stichting Raad Beroepsopleiding Radiologisch Laboranten
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne

ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
RvB	Research voor Beleid BV
SBA	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken
SBI	Standaard Bedrijfs Indeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SOSA	Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van Ambulancevervoer
SOVAM	Stichting Ontwikkeling Vakopleiding Ambulance Hulpverlening
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
SPMA	Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SPW	Sociaal Pedagogisch Werk
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STOAS	Bureau Arbeidsmarktonderzoek STOAS
SWG	Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
SOVAM	Stichting Vakopleiding Ambulancehulpverlening
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TOPAZ	Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorgsector
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VBO	Vorbereidend Beroepsonderwijs
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBEAA	Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WEP	Werkervaringsplaatsen
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen ARBO(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

BIJLAGE 1

In deze bijlage worden de tabellen gepresenteerd die de basis vormen voor de geschreven hoofdstukken in het hoofdrapport en een aantal grafische presentaties. Voor een volledig overzicht van alle gegevens in tabelvorm kan verwezen worden naar deel 2 (tabellenrapport) van deze RAZ 1997.

Tabel 1.: Aantal vacatures en vacaturegraad¹ naar sector vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen					
Aantal vacatures	.	.	.	1.400	1.700
Vacaturegraad	.	.	.	0,6%	0,7%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	.	0,1%	0,1%
Overige gezondheidszorg					
Aantal vacatures	.	.	.	1.100	800
Vacaturegraad	.	.	.	0,7%	0,6%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	.	0,1%	0,2%
Verpleeg- en bejaardentehuizen					
Aantal vacatures	.	.	.	2.500	2.500
Vacaturegraad	.	.	.	1,0%	1,0%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	.	0,1%	0,2%
Overige welzijnszorg					
Aantal vacatures	.	.	.	1.900	2.100
Vacaturegraad	.	.	.	1,2%	1,1%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	.	0,1%	0,2%
Totaal gezondheids- en welzijnszorg					
Aantal vacatures	8.100	5.100	5.700	6.900	7.100
Vacaturegraad	1,1%	0,7%	0,8%	0,9%	0,9%
Waarvan moeilijk vervulbaar	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Nederland					
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400	55.200	61.100
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%	1,1%	1,2%
Waarvan moeilijk vervulbaar	0,4%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%

¹ Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector vermenigvuldigd met 100%.

² Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS.

Tabel 2.: Ziekteverzuim in de zorgsector (exclusief bevallingsverlof) vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996*
Ziekenhuizen	5.5	5.8	5.3	5.9	5.5
Psychiatrische ziekenhuizen	6.2	6.6	6.0	6.6	5.3
Zwakzinnigen-inrichtingen	6.1	6.4	6.0	6.9	6.6
Verpleeghuizen	7.3	7.5	6.7	7.6	7.2
Intramuraal	6.2	6.5	5.9	6.6	6.2
Artsenpraktijken	5.0	3.1	2.4	2.8	1.7
Tandartspraktijken	6.1	3.7	2.8	3.6	2.7
Verloskundigen en zelfst. verpl.k.	5.1	4.4	2.5	3.7	.
Ov. medische dienstverl. inst	5.9	5.9	5.0	5.7	.
Fysiotherapeuten	5.0	3.2	2.4	3.2	.
Apotheken	5.2	3.8	3.2	3.1	1.5
Overige gezondheidszorg	5.6	4.5	3.5	4.0	.
Wijkverpleging en kruisverenigingen	5.7	6.9	5.8	6.7	.
Bejaardenoorden	7.3	6.6	5.7	6.5	6.4
Teh. en dagverbl. voor gehandicapten	6.2	6.7	5.8	6.9	6.6
Soc. med. psych. en pedag. diensten	5.8	6.0	5.6	6.4	.
Maatschappelijke organisaties	7.4	7.6	6.9	8.1	7.0
Gezinsverzorging en bejaardenhulp	9.8	9.9	8.5	9.5	.
Consumentenvoorlichting en gezinsdiensten	4.9	4.8	4.5	5.6	.
Maatschappelijke dienstverlening	7.1	7.3	6.3	7.3	7.0
Totaal zorgsector	6.4	6.4	5.6	6.4	5.9

* Vanwege een andere indeling is het voor 1996 niet mogelijk om voor alle sectoren een verzuimpercentage te geven.

Bron: BVG.

Tabel 3.: Aantal werkzame personen naar zorgsector vanaf 1992, jaargemiddelde

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen					
- algemeen (1)	138.378	141.006	141.162	142.263	146.687 ³
- categoriaal ¹ (2)	11.784	11.940	11.570	12.598	12.697 ³
- academisch (3)	35.715	36.319	37.192	38.507	39.342 ³
Subtotaal ziekenhuizen	185.877	189.265	189.924	193.368	198.726³
Specialisten (vrijgevestigd) (4)	7.971	7.948	7.924	7.921	7.920³
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen (5)	38.916	39.958	40.150	41.361	42.667 ³
- instellingen amb. geest. ⁴ (6)	8.306	8.472	8.700	8.879	9.146 ³
- RIBW/herstellingssoorten ⁴ (7)	2.581	2.867	3.119	3.414	3.713 ³
Subtotaal geestelijke gezondheidszorg	49.803	51.297	51.969	53.654	55.526³
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten (8)	45.866	48.865	51.010	53.756	56.229 ³
- instellingen zintuiglijk gehandicapten (9)	1.484	1.653	1.738	1.783	1.848 ³
- MKD/MKT (10)	3.530	3.658	3.654	3.789	3.926 ³
- SPD ⁴ (11)	1.545	1.636	1.750	1.807	1.828 ³
- semimuraal ⁴ (12)	26.752	27.741	30.376	33.189	35.278 ³
Subtotaal gehandicaptenzorg	79.177	83.553	88.528	94.324	99.109³
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden ⁴ (13)	84.654	83.020	82.884	83.258	83.979 ³
- verpleeghuizen (14)	91.037	94.308	96.180	99.877	102.700 ³
Subtotaal ouderenzorg	175.691	177.328	179.064	183.135	186.679³
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	22.150	24.530	.	.	.
- gezinsverzorging	113.330	111.502	.	.	.
- kraamcentra	8.835	9.112	.	.	.
Subtotaal thuiszorg (15)	144.315	145.144	149.228	154.332	158.646³
Extramuraal					
- huisartsen ² (16)	6.969	7.013	7.125	7.170	7.345
- tandartsen (17)	7.205	7.234	7.293	7.293	7.289
- verloskundigen (18)	1.073	1.033	1.065	1.118	1.155
- paramedici (19)	16.110	16.618	16.845	16.970	17.030
- assistenten (20)	19.228	19.783	20.339	20.900	21.423
- ambulance hulpverlening (21)	3.304	3.480	3.665	3.860	4.045 ³
Subtotaal extramuraal	53.889	55.161	56.332	57.311	58.287³
Farmaceutische hulp					
- apothekers (22)	1.790	1.879	1.924	1.956	.
- apothekersassistenten (23)	9.462	10.043	10.489	10.709	.
Subtotaal farmaceutische hulp	11.252	11.922	12.413	12.665	13.000³
Totaal	707.975	721.618	735.382	756.710	777.893³

¹ Exclusief poliklinische revalidatiecentra.² Inclusief assistent-huisartsen.³ Schatting (zie bijlage 2).⁴ Jaargemiddelde = basisjaar per 31/12 + voorgaand jaar per 31/12 gedeeld door 2.

Bron: NNZi (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15), CBS (6,13), NVBW (7), SOMMA (11), VGN (12), LVT (15), NIVEL (16,18,19), NMT (17), Tabellenboek RAZ 1997 (19,20,21), KNMP (22,23).

Tabel 4.: Aantal arbeidsplaatsen (fte) naar zorgsector vanaf 1992, jaargemiddelde

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen					
- algemeen	102.130	102.520	100.513	100.244	102.513 ²
- categoriaal ¹	8.880	8.596	8.170	8.705	8.691 ²
- academisch	29.665	30.043	29.957	30.363	30.767 ²
Subtotaal ziekenhuizen	140.675	141.159	138.640	139.312	141.971²
Specialisten (vrijgevestigd)	6.855	6.827	6.854	6.852	6.851 ²
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen	29.781	29.907	30.065	30.624	31.598 ²
- instellingen amb. geest. ³	7.031	7.159	7.283	7.396	7.627 ²
- RIBW/herstellingsoorden ³	1.829	2.000	2.151	2.382	2.625 ²
Subtotaal geestelijke gezondheidszorg	38.640	39.066	39.499	40.402	41.850²
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten	34.184	34.816	35.280	36.799	37.826 ²
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.139	1.221	1.269	1.309	1.350 ²
- MKD's/MKT's	2.234	2.246	2.183	2.255	2.296 ²
- SPD ³	977	1.028	1.076	1.113	1.135 ²
- semimuraal ³	15.031	15.660	16.442	17.356	18.194 ²
Subtotaal gehandicaptenzorg	53.565	54.970	56.250	58.832	60.807²
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden ³	54.468	54.662	54.015	54.151	54.808 ²
- verpleeghuizen	61.334	62.381	62.618	64.414	65.820 ²
Subtotaal ouderenzorg	115.802	117.043	116.633	118.565	120.628²
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	12.085	12.406	.	.	.
- gezinsverzorging	40.678	40.773	.	.	.
- kraamcentra	6.101	5.579	.	.	.
Subtotaal thuiszorg	58.864	58.758	58.062	57.342	57.113²
Extramuraal	41.440²	42.470²	43.340²	44.120²	44.890²
Farmaceutische hulp	8.223	8.713	9.072	9.256	9.600²
Totaal	464.024²	469.006²	468.349²	474.680²	483.704²

¹ Exclusief poliklinische revalidatiecentra.² Schatting (zie bijlage 2).³ Jaargemiddelde = basisjaar per 31/12 + voorgaand jaar per 31/12 gedeeld door 2.

Bron: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv, VWS, NIVEL.

Tabel 5.: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren vanaf 1992, per ultimo jaar

	1992	1993	1994	1995	1996
Medische beroepen					
- huisartsen ¹	6.595	6.649	6.753	6.814	6.921
- specialisten ² (2)					13.000 ⁴
- sociaal-geneeskundigen ³	3.565	3.720	3.875	4.056	4.219
- verpleeghuisartsen ³ (4)	776	798	821	789	814
- tandartsen (5)	7.210	7.258	7.328	7.258	7.319
- tandarts-specialisten (6)			430	447	458
- apothekers (7)	2.143	2.222	2.248	2.313	2.363
- verloskundigen (8)	1.203	1.234	1.276	1.331	1.357
Paramedische beroepsgroepen					
- fysiotherapeuten (extramuraal) (9)	11.400		11.701		11.669
- fysiotherapeuten (intramuraal)					4.500 ⁴
- ergotherapeuten (11)	1.368	1.509	1.576	1.621	1.700 ⁴
- logopedisten (12)	3.599	3.471	3.226	3.393	3.359
- diëtisten (13)	2.337	2.306	2.201	2.121	2.242
- mondhygiënist (14)	1.178	1.278	1.278	1.353	1.375
- oefentherapeuten-Cesar (15)	783	795	793	823	813
- oefentherapeuten-Mensendieck (16)	853	860	851	832	850
- orthoptisten (17)	268	269	268	277	274
- podotherapeuten (18)	170	200	228	259	291
- radiologisch laboranten ⁵ (19)	3.561			4.181	
Verplegende en verzorgende beroepen					
- verpleegkundige/verzorgende (intramuraal) (20)	197.533	204.585	209.582	214.909	
- verpleegkundige (extramuraal) (21)	9.822	10.611	11.288	11.228	
- ziekenverzorgende (extramuraal) (22)	2.810	3.346	3.550	4.093	
- kraamverzorgenden (23)	5.271	5.771	5.971	5.814	
- gezinsverzorgenden/gezinshelpenden (24)	101.000	106.174	107.846	108.073	
Assisterende beroepen					
- apothekersassistenten (25)	11.534	12.259	12.661	13.250 ⁴	13.800 ⁴
- praktijkassistenten (26)	8.599	8.579	8.595	8.609	8.568
- tandartsassistenten (27)				12.600	
- operatie assistenten (28)		6.885		7.066	7.118
- medisch analisten (HBO-niveau) (29)			6.567	6.749	6.334
- medisch analisten (MBO-niveau) (30)			2.538	2.608	2.953

¹ Exclusief assistent-huisartsen.² Schatting: waarvan intramuraal 7.700 vrijgevestigd, 2.300 in dienstverband en 3.000 extramuraal werkzaam.³ Totaal aantal ingeschrevenen.⁴ Schatting.⁵ Totaal aantal gekwalificeerden.

Bron: NIVEL (1, 8, 9, 26), HVRC (4), NZi (2, 20, 28, 29, 30), CBS (21, 22, 23, 24), SGRC (3), NMT (5, 6), KNMP (7, 25), NVE (11), NVLF (12), NVD (13), NVM (14), VBC (15), NVOM (16), NVvO (17), NVvP (18), SRC (2), V.d. Windt, 1996 (19).

Tabel 6.: Totaal aantal personen in opleiding per ultimo jaar en gemiddelde jaarlijkse mutatie, vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	mutatie per jaar 1992-1996
Medische opleidingen						
- geneeskunde (1)	10.717	10.983	11.311	11.571	11.820	+ 2,5
- tandheelkunde (2)	861	915	981	1.077	1.125	+ 6,9
- farmacie (apotheker) (3)	1.304	1.385	1.564	1.690	.	+ 9,1 ¹
- verloskunde (4)	230	255	285	342	428	+ 16,8
Totaal						
Paramedische opleidingen						
- fysiotherapie (5)	4.715	4.765	4.714	4.608	4.619	- 0,5
- ergotherapie (6)	575	623	801	1.049	1.321	+ 23,1
- logopedie (7)	1.361	1.297	1.267	1.190	1.186	- 3,4
- diëtetiek (8)	1.036	1.085	1.186	1.264	1.324	+ 6,3
- mondhygiëne (9)	251	266	374	429	400	+ 12,4
- oefentherapie-Cesar (10)	213	211	211	209	240	+ 3,0
- oefentherapie-Mensendieck (11)	200	209	215	224	237	+ 4,3
- orthoptiek (12)	52	65	72	73	83	+ 12,4
- podotherapie (13)	98	104	97	97	87	- 2,9
- radiologisch laborant (14)	.	.	.	.	.	.
Totaal						
Verplegende beroepen						
- verpleegkundige-A (15)	11.339	10.731	9.782	8.411	.	- 9,5 ¹
- verpleegkundige-B (16)	2.612	2.546	2.437	2.098	.	- 7,0 ¹
- verpleegkundige-Z (17)	4.150	4.214	3.988	3.628	.	- 4,4 ¹
- ziekenverzorgenden (18)	8.112	7.676	7.612	6.394	.	- 7,6 ¹
Totaal in-service	26.213	25.167	23.819	20.531	.	- 7,8 ¹
HBO-V (voltijd) (19)	7.971	8.024	8.265	8.057	.	+ 0,4 ¹
MDGO-VP (20)	3.735	4.102	4.168	4.334	4.521	+ 5,0
Totaal dagonderwijs	11.706	12.126	12.433	12.391	.	+ 1,9 ¹
Totaal	37.519	37.293	36.252	32.922	.	- 4,3
Verzorgende beroepen						
OVDB						
- bejaardenverzorgenden (21)	2.734	2.493	2.150	2.039	2.102	- 6,4
- bejaardenhelpenden (22)	674	572	600	534	416	- 11,4
- gezinsverzorgenden (23)	1.915	1.830	1.216	662	498	- 28,6
- gezinshelpenden (24)	546	330	254	114	34	- 50,0
- kraamverzorgenden (25)	228	168	132	123	139	- 11,6
- verzorgingsassistenten (26)	1.298	992	262	184	225	- 35,5
Totaal leerlingstelsel	7.395	6.385	4.614	3.656	3.414	- 17,6
MDGO-Vz lang (27)	11.665	11.115	10.814	10.524	10.436	- 2,7
MDGO-Vz kort (28)	3.287	4.001	4.402	4.510	4.537	+ 8,4
Totaal	22.347	21.501	19.830	18.690	18.423	- 4,7

¹ Mutatie per jaar 1992-1995.

Bron: CBS (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8), KNMP (3), VWS (9), Opleidingsinstituten (10, 11, 12, 13), NZI/VWS/OCW (15, 16, 17, 18, 19, 20), OVDB/CBS (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Tabel 7.: Aantal werkzame personen zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar geslacht vanaf 1992, jaargemiddelden

	1992	1993	1994	1995	1996
	x 1000				
Medische beroepen					
Mannen	31	28	29	30	33
Vrouwen	7	15	13	13	16
Totaal	38	43	42	43	48
Paramedische beroepen					
Mannen	11	14	14	12	12
Vrouwen	30	30	29	29	30
Totaal	41	44	43	41	43
Verplegende en verzorgende beroepen					
Mannen	37	40	40	37	36
Vrouwen	271	275	271	292	279
Totaal	309	315	311	329	315
Assisterende beroepen					
Mannen	.	.	.	.	.
Vrouwen	33	32	34	36	37
Totaal	34	32	35	37	37
Totaal zorgberoepen					
Mannen ¹	79	82	83	80	81
Vrouwen	342	352	347	370	362
Totaal	422	434	431	450	443
Nederland					
Mannen	3.781	3.771	3.747	3.814	3.872
Vrouwen	2.105	2.154	2.172	2.249	2.315
Totaal	5.886	5.925	5.919	6.063	6.187

¹ Onderschatting van maximaal 5 doordat gegevens van mannelijke assistenten ontbreken.

. < 5.

Bron: CBS.

Tabel 8.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen, de sector verplegende en verzorgende beroepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar etniciteit vanaf 1992, jaargemiddelden

	1992	1993	1994	1995	1996
	x 1000				
Zorgberoepen					
Autochtoon	393	408	401	422	410
Allochtoon	28	26	30	28	33
Totaal	421	434	431	450	443
Waarvan vrouwen:					
Autochtoon	323	334	326	349	292
Allochtoon	20	18	21	21	23
Totaal	343	352	347	370	315
Waarvan verplegende en verzorgende beroepen:					
Autochtoon	289	298	290	311	292
Allochtoon	20	17	21	18	23
Totaal	309	315	311	329	315
Nederland					
Autochtoon	5.438	5.452	5.435	5.574	5.678
Allochtoon	448	473	484	489	509
Totaal	5.886	5.925	5.920	6.063	6.187

Bron: CBS.

Tabel 9.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen¹ op de Nederlandse arbeidsmarkt naar leeftijd vanaf 1992, jaargemiddelden

Leeftijd	1992	1993	1994	1995	1996
	x 1000				
Medische beroepen					
15-24 jaar.	.	.	.	.	.
25-34 jaar	10	11	10	11	15
35-44 jaar	16	17	16	15	17
45-54 jaar	9	11	12	14	14
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	38	43	42	43	48
Paramedische beroepen					
15-24 jaar	5	.	.	.	.
25-34 jaar	16	19	18	16	18
35-44 jaar	13	15	16	15	15
45-54 jaar	7	6	5	6	7
55-64 jaar	‡	.	.	.	.
Totaal	41	44	43	41	43
Verplegende en verzorgende beroepen					
15-24 jaar	58	54	48	43	38
25-34 jaar	120	117	112	118	111
35-44 jaar	88	91	95	101	96
45-54 jaar	36	45	46	56	59
55-64 jaar	7	8	10	10	10
Totaal	309	315	311	329	315
Assisterende beroepen					
15-24 jaar	8	9	9	9	8
25-34 jaar	12	12	13	13	12
35-44 jaar	8	7	7	10	9
45-54 jaar	6	.	5	.	6
55-64 jaar	‡	.	.	.	.
Totaal	34	32	35	37	37
Nederland					
15-24 jaar	927	871	819	776	772
25-34 jaar	1.877	1.903	1.877	1.924	1.977
35-44 jaar	1.601	1.598	1.609	1.659	1.695
45-54 jaar	1.129	1.208	1.255	1.330	1.355
55-64 jaar	352	345	360	373	388
Totaal	5.885	5.925	5.920	6.063	6.187

‡ Het cijfer dat hierboven staat is het totaal van de categorieën 45-54 jaar en 55-64 jaar.

† Werkzamen in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

. < 5.

Bron: CBS.

Tabel 10.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1992, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1992	1993	1994	1995	1996
	x 1000				
Zorgberoepen					
12-34 uur	235	244	247	272	273
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	185	191	186	177	170
Totaal	420	434	431	450	443
Nederland					
12-34 uur	1.435	1.498	1.569	1.688	1.739
>34 uur	4.451	4.428	4.351	4.375	4.448
Totaal	5.885	5.925	5.920	6.063	6.187

Bron: CBS.

Tabel 11.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1992, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1992	1993	1994	1995	1996
	x 1000				
Medische beroepen					
12-34 uur	6	11	8	9	10
35-44 uur + onbekend ¹ of >34 uur	32	32	34	34	38
Totaal	38	43	42	43	48
Paramedische beroepen					
12-34 uur	26	23	22	24	25
>34 uur	15	21	22	17	18
Totaal	41	44	43	41	43
Verplegende en verzorgende beroepen					
12-34 uur	186	191	196	216	214
>34 uur	121	124	116	113	101
Totaal	307	315	311	329	315
Assisterende beroepen					
12-34 uur	17	19	21	23	24
>34 uur	17	14	14	14	13
Totaal	34	32	35	37	37
Totaal zorgberoepen					
12-34 uur	235	244	247	272	273
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	185	191	186	177	170
Totaal	420	434	431	450	443
Nederland					
12-34 uur	1.435	1.498	1.569	1.688	1.739
> 34 uur	4.451	4.428	4.351	4.375	4.448
Totaal	5.885	5.925	5.920	6.063	6.187

¹ Vanaf 1993 zijn de categorieën veranderd. Uit die gegevens blijkt dat de onbekenden in 1990 tot en met 1992 waarschijnlijk de medici zijn die meer dan 44 uur per week werken.

Bron: CBS.

Tabel 12.: *Vacaturegegevens verplegende en verzorgende beroepen vanaf 1991, jaargemiddelden*

	1991	1992	1993	1994 ¹	1995	1996
Verplegende en verzorgende beroepen						
Aantal vacatures	5.100	3.900	2.200	2.100	2.400	2.300
waarvan:						
Vacature \geq 20 uur	3.900	3.000	1.400	1.400	1.400	1.700
Moeilijk vervulbaar	2.300	1.500	300	300	500	500
Nederland						
Aantal vacatures	86.500	58.200	33.500	39.400	55.300	61.100
waarvan:						
Vacature \geq 20 uur	69.500	45.300	25.000	30.600	41.200	48.500
Moeilijk vervulbaar	36.900	20.500	6.100	7.900	14.700	17.100

¹ Vanaf 1994 nieuwe beroepenclassificatie CBS.
Bron: CBS.

Tabel 13.: *Vacaturegraad¹ verplegende en verzorgende beroepen vergeleken met de Nederlandse arbeidsmarkt vanaf 1992*

	1992	1993	1994	1995	1996
Verplegende en verzorgende beroepen					
Aantal vacatures	3.900	2.200	2.100	2.400	2.300
Aantal werkzamen	309.000	315.000	311.000	329.000	315.000
Vacaturegraad	1,3%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Nederland²					
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400	55.200	61.100
Aantal werkzamen	4.996.000	5.006.000	5.005.000	5.137.000	5.280.000
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%	1,1%	1,2%

¹ Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector.

² Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS.

BIJLAGE 2

Voor de intramurale gezondheidszorg is voor 1996 een schatting gemaakt van het aantal arbeidsplaatsen op basis van een steekproef van circa 60% van het totaal aantal instellingen.

Dit betreft de ziekenhuizen (algemeen, categoriaal en academisch), de psychiatrische ziekenhuizen, de instellingen voor gehandicapten (verstandelijk en zintuiglijk), de MKD's en MKT's en de verpleeghuizen.

Het aantal werknemers in 1996 is bepaald op basis van de P/A-factor, dit is het gemiddelde aantal werknemers gedeeld door het gemiddelde aantal arbeidsplaatsen. De P/A-factor in 1996 is geschat met behulp van Loonkosten-gegevensbestand. In dit bestand is circa 80% van het aantal werknemers in de intramurale gezondheidszorg op individueel niveau opgenomen.

De schattingen in 1996 voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg zijn gebaseerd op de uitkomsten van een 'snelle enquête' van het CBS.

Voor de semimurale gehandicaptenzorg en de bejaardenoorden is een schatting gemaakt voor 1996 op basis van de trend in de periode 1992-1995.